

南 華 大 學

社會學研究所

碩士論文

台灣老人的社會資本與家庭結構對其健康及醫療

資源使用的影響

**The impact of social capital and family structure on health and medical
expense for elders in Taiwan**



研 究 生：王雅鈴

指 導 教 授：張恆豪

中華民國 98 年 1 月 16 日

南 華 大 學

社 會 學 研 究 所

碩 士 學 位 論 文

台灣老人的社會資本與家庭結構對其健康及醫療資源使用的影響

研究生：王雅敏

經考試合格特此證明

口試委員：楊靜利

鄧清先

張明暉

指導教授：張明暉

系主任(所長)：周平

口試日期：中華民國 97 年 11 月 27 日

致謝

論文終於要走到最後了，心裡有很多想感謝的人。這本論文的完成，第一個要感謝的就是我的指導老師—張恆豪老師。他不斷反覆的看我修改的文章，反覆的討論與檢討，讓我的論文內容更紮實與豐富，他也不斷的鼓勵我、刺激我，才能讓我有繼續努力的動力，而我卻常常因為少根筋而出錯，甚至因為趕著要修好論文，而把文章越改越差。不過，在經過這些挫折之後，我也學習了不少，不只有學問上的知識，在人生的課題中，更讓我看清楚自己的缺點與不足。我真的很感謝他，特別是在他忙碌的工作中還要幫我趕著修改論文，好讓我能在這學期順利畢業，再次感謝。同時，也要感謝楊靜利與齊偉先兩位口試老師，為我的論文提供許多想法與寶貴意見，真的感謝。感謝蔡宏政老師幫忙把口試合格證明帶回嘉義；感謝張老師的朋友 Yifu 在統計分析上幫助我許多。另外俊豪、阿美、姿蓉也針對我的論文提供意見，一併感謝。

在這寫作的過程中，我發現自己的中文真的不太好，或者論點常常會跳來跳去，連結度不夠，會讓人覺得不知所云。不過我也在寫作當中，漸漸去找方法修改，學會解決問題。然後開始覺得自己在這過程中已經有所轉變，也慢慢的了解了寫一篇論文應該有的學術味道與態度，我能夠學習到這些都應歸功於張恆豪老師。

最後，我想感謝我的父母，感謝他們每天辛苦工作，供養我讀書、照顧我的生活，讓我能在寫作中無後顧之憂。在寒冬裡，媽媽會準備薑母茶，讓我暖暖身體；爸爸會鼓勵我思緒枯竭的時候出門活動活動筋骨。這些點點滴滴，我會放在心裡，真誠感謝。

王雅鈴 僅致于

南華大學社會學研究所

中華民國九十八年一月十四日

台灣老人的社會資本與家庭結構對其健康及醫療資源使用的影響

中文摘要

本文的研究目的在於探討家庭結構、社會資本對老人的健康情形與醫療資源使用的影響力。分析資料來自行政院衛生署國民健康局所主辦的長期性老年人口生活狀況追蹤調查資料，「民國 92 年台灣地區中老年身心社會生活狀況長期追蹤(第五次)調查」。

研究結果發現，在老人健康方面，男性、年紀較輕、居住於都市、家庭社會資本較高、社會參與較高、社會信任較高的老人身體活動功能越佳、身體越健康。在老人醫療支出方面，社會信任仍有較高的預測力。在控制老人的健康狀況後，社會信任對老人醫療支出仍有影響力，則意味著老人即使因為老化而身體功能狀況逐漸退化，但是若擁有較高社會信任的老人則有較低的醫療使用支出。然而，家庭結構指標中除了家庭社會資本對健康有預測力之外，其他指標皆與老人健康、醫療資源使用無顯著相關。

因此，本文建議政府單位未來在制定老人健康促進的相關政策時，可鼓勵家庭成員平時多關心、陪伴老人，並培養良好的互動關係；同時持續推動社區總體營造的工作，期待老人能夠藉由社區的活動參與社會，培養良好的人際關係、促進社會信任，更進一步能夠促進健康與減少健保的醫療資源使用。

關鍵字：社會資本、家庭結構、老人健康、醫療支出

The impact of social capital and family structure on health and medical expense for elders in Taiwan

Abstract

This research analyzes the impact of social capital and family structure on elders' health and medical expense in Taiwan. The secondary data came from the 2003 Survey of Health and Living Status of Middle Aged and Elderly in Taiwan (n=2864, excluding middle age (50~64) cases). In this study, social capital was evaluated as social trust and social participation. Results indicate that elders with high social trust and high level of social participation have better health. When we control for the health condition of the elders, the impact of social participation disappears, but elders with high social trust still spend less in medical services. This result suggests that elders living in an environment with high social trust can reduce their medical costs.

Key words: social capital, family structure, health of the elderly and medical expense.

章節目錄

第一章 緒論.....	1
第一節 研究背景.....	1
第二節 研究動機與目的.....	2
第二章 文獻探討.....	5
第一節 醫療資源利用的理論探討.....	5
第二節 老人的社會人口特質影響其健康與醫療使用.....	7
第三節 家庭結構對老人健康狀況與醫療使用的影響.....	10
第四節 社會資本的意涵與相關實證研究.....	15
第五節 小結.....	27
第三章 研究方法.....	29
第一節 資料來源.....	29
第二節 研究架構.....	29
第三節 研究假設.....	30
第四節 分析方式.....	31
第五節 指標的操作化.....	31
第四章 研究結果.....	38
第一節 樣本特性.....	38
第二節 老人的家庭結構、社會資本以及健康與醫療使用情形.....	40
第三節 社會人口變項與老人健康、醫療使用的關係.....	42
第四節 人口特質、家庭結構、社會資本對健康、醫療使用的複迴歸分析	45

第五章 結論與建議.....	50
第一節 結論.....	50
第二節 討論與建議.....	51
第六章 研究限制.....	54
參考文獻.....	55
附錄一：研究變項與問卷題目之對照表.....	61

圖目錄

圖 1 研究架構圖.....	30
----------------	----

表目錄

表 1 變項一覽表.....	28
表 2 社會人口變項描述統計摘要表.....	39
表 3 家庭結構、社會資本、健康與醫療使用描述統計摘要表.....	41
表 4 老人醫療支出與人口變項交叉分析摘要表.....	42
表 5 老人活動功能與人口變項交叉分析摘要表.....	43
表 6 老人健康與醫療使用支出複迴歸分析摘要表.....	48
表 7 控制老人健康狀況後其醫療使用支出複迴歸分析摘要表.....	49

第一章 緒論

第一節 研究背景

根據行政院衛生署所公佈的「民國 94 年全民健康保險醫療統計年報」資料顯示，西醫門診人數統計方面，若以年齡來區分的話，老年人口的比例是 12.09%，而急診件數方面，老年人口的比例也佔了 17.11%；住院人數的老人比例竟高達了 26.92%，接近三分之一。另外，如果以醫療費用支出方面來看，西醫門診醫療費用的部分老年人口所佔的比例為總西醫門診醫療費用的 30.44%；在急診醫療費用的部分老年人口的比例也高達 27.18%，且住院醫療費用更是快接近一半(44.79%)的比例是老年人口所佔有。這樣的數據除了顯示老年人口是使用醫療資源最主要的群體之外，同時也意味著如果能夠有效的減少老人對醫療資源的依賴，那麼就能減輕政府對正式醫療服務供給的重擔。

王雲東（2005）也指出，老人的醫療支出之增長，主要是來自於人口結構的老化，老人不論就診率和醫療給付均有偏高的情形。另外，再加上台灣目前面臨少子女化的現象，使得整體社會人口結構的老年人口比例越來越高。根據經建會的中推計¹，未來五十年，也就是從 2008 年到 2056 年，每隔 15 年老年人口就增加約總人口的 10%，至 2056 年則老年人口佔總人口的比例更高達 38%，所以屆時的醫療使用率與醫療支出勢必跟著巨幅增加，因此瞭解老人的醫療資源使用就是一個重要的議題。假如能夠有效降低老人的醫療資源消耗量，便能夠降低政府對於老人醫療或其他福利照顧的供給，並將有限的資源做更有效率的運用。

爲了瞭解老人的醫療使用影響因素，國內許多公共衛生與健康管理等相關領域的研究成果豐碩，大部分的研究皆從老人的健康行爲（許志成等 2003）、慢性疾病罹患狀況(柯德鑫 1998)、健康狀況(陳肇男 1992；曾曉琦 1996；秦毛漁

¹ 經建會有一套推計人口結構的方法，這套中長期人口推估是以婦女生育率高、中、低三種預設來對人口進行推估，高推計是指有較多的政策積極鼓吹生育，會有較高的生育率，低推計則是指政策並不介入生育率的預測方式，而中推計則是以目前的政策規劃來預測人口。

等 2003；王雲東 2005)來討論對醫療資源使用的影響。而這些研究皆指出，老人因老化而自然身體健康與功能退化，並且有較多的慢性疾病盛行狀況，進而導致較高的醫療資源利用情形。然而，這些研究結果意味著當老人的健康狀況良好的時候，就是減少老人使用醫療資源的最佳方法。所以有必要進一步討論什麼因素會影響老人的健康狀況，以減少老人的醫療資源利用情形。

第二節 研究動機與目的

在人口結構老化勢不可擋的情況下，老人對家庭與政府的依賴程度則會日漸增加，而且家庭與政府的負擔也越趨沉重。然而，要解決依賴的問題則首當其衝就是要改善老人的健康狀況。周海娟（2005）就曾指出老人福利政策的最主要目的就是維持老人獨立自主。只要老人健康狀況良好，不僅能夠使醫療資源的利用率大大降低，更進一步能夠投入社會參與，甚至增加生產力，減輕青壯年世代的扶養負擔，這對未來人口老化的社會更是相形重要。因此老人健康促進的問題，值得學術研究對其進行更多且深入的探討。

目前台灣地區對於老人的健康問題，已於民國 84 年全面開辦全民健保，降低了老人的就醫成本與障礙（張雅文 2002）。不過，雖然透過政府的福利措施使得老人就醫障礙減低，老人健康狀況得以維持，但是政府的社會福利只是貼補的作用，作為老人最低的生活與醫療使用的保障，而最根本解決的問題方法仍是必須從老人本身做起，包括情緒上、心理上的健康狀況以及身體活動功能狀況，都是老人在面對退休後的角色轉變、身體退化等問題時所必須適應的關鍵。有研究指出，老人退休後若能多參與社會互動、多安排休閒活動，便能夠增進個人的健康狀況與生活品質（張君如等 2008；傅嘉瑜 2006）。且 Béatrice d' Hombres 等人（2007）也指出，若老人減少與外界的互動，並且造成社會隔離的話，則對老人的健康狀況有害處。

因此，有必要在老人所生存的社會結構與社會情境下，對其人際互動、社

會關係與網絡連結做一番瞭解。然而國內老人健康促進的研究似乎很少針對老人的網絡或社會資本做分析，主要都是從老人的社會支持來討論。唯劉慧俐等人於 2007 年發表過一篇老人的社會資本與其存活率的相關研究，可惜使用的社會資本測量指標仍是以社會支持的概念為主要討論。對於老人的社會網絡研究，從 2000 年開始由呂寶靜教授提出老人朋友網絡支持功能的討論，到後來許多研究焦點則著重於獨居老人的社會支持方面(盧淑敏 2003；秦毛漁等 2003；陳峰英 2003；石泱 2004；郭建賜等 2007)，以及其他的老人社會支持研究(周玉慧、莊義利 2000；毛政賢 2005)。然而，這些研究主要是以社會支持的概念去理解老人的支持功能，而社會支持雖然也跟老人網絡、社會資本的概念相關，但是卻不能相等同。而且，目前針對老人健康狀況與醫療使用的研究多屬地區性較強的，以局部地區的研究對象為討論較多，並不能等同推論到全台灣的老人現況，因此本文有必要針對台灣老人的社會資本及其健康、醫療使用情況做一統整性討論。

藉此，本文的研究目的在於從老人的生活脈絡與社會環境下，探討家庭結構、社會資本是否對老人的醫療資源利用與健康情形具有影響力？本文除了檢視台灣老人的家庭與社會資本如何影響其身體健康狀況之外，而本文另一個研究目的則在於減緩政府的老人醫療資源給付，因此將參考全民健保對 65 歲以上的保險對象給付的平均支出為權數，擬定老人的醫療支出為醫療資源使用的指標，檢驗老人生活脈絡下的家庭與社會資本是否對其醫療支出產生影響力，最後再進一步檢視老人的健康狀況與其醫療資源使用的關係。除此之外，老人生活的社會環境可從老人個人的人口特質出發，包括與其生活環節和依附最緊密的家庭結構，再拓展至老人的各種社會網絡與社會資本，是故本文試圖從老人的社會人口變項、家庭結構與社會資本來探討其健康及醫療使用情形。具體而言，本文的研究目的如下：

- 一、瞭解老人的社會資本與家庭結構分佈情況。
- 二、探討老人的社會人口特性對其健康與醫療使用情形。

三、探討老人的家庭結構對其健康與醫療使用情形。

四、探討老人的社會資本對其健康與醫療使用情形。

五、探討老人健康狀況與醫療資源使用的關係。

第二章 文獻探討

本研究的文章探討將分成五個部份來進行，第一部份探討醫療資源利用的理論；第二部份則針對老人的社會人口特徵對其健康狀況與醫療利用的影響做分享；第三部份則討論家庭中有哪些結構性與居住安排方面會影響老人的健康與醫療使用情形；第四部份則將重點放在社會資本的定義與特性的討論，對社會資本的概念有更清楚的瞭解後，並且檢視社會資本與健康促進的相關研究，然後第五部份則針對文獻做一概括性的結論與歸納。

第一節 醫療資源利用的理論探討

影響老年人口醫療資源利用的因素非常多元而複雜，若是從醫療利用以及求醫行為方面的理論來探討，早期在 1965 年相關理論就已經萌芽，其中最具主導性的理論則屬 Andersen 於 1968 年所提出的醫療（健康）服務利用模式，雖然後來經過多次修改與補充，但是至今仍有許多實證研究引用這個理論模型。他認為影響個人醫療利用的三大因素分別為傾向因素（predisposing component）、促進因素(enabling component)以及健康因素(illness component)。傾向因素包含人口特性、社會結構及健康信念等三大類變數。促進因素則又分家庭因素(收入、保險、固定就醫處所等)及社會因素(都市化、費用、醫師人口比)。在健康因素方面則分自覺健康狀況(如行動不便)及醫師評斷(如症狀與診斷)兩類（Andersen 1995）。以下就分別以這三大主要影響因素進行討論。

壹、傾向因素

傾向因素主要是指個人所存在的人口特性以及社會結構對於醫療資源利用的影響，通常這是個人在使用醫療服務前就具有的特性，包括個人人口特性、個人所處的社會結構條件以及對於醫療體系、健康的態度和信念等。在人口特性方面包含性別、年齡、種族等，而社會結構方面則有教育程度、婚姻狀況、職業類別、宗教信仰等，另外對健康與醫療體系的態度、信念則包含是否相信醫療效果、

接受醫師建議的程度、對健康的概念等，都會影響個人的醫療使用行爲(Andersen 1995)。

貳、促進因素

促進因素則是指個人使用醫療資源的能力，例如個人的經濟狀況、是否擁有健康保險、醫療資源可近性（交通工具、時間成本）、社區中醫療資源的多寡等。當個人缺乏使用醫療資源的能力時，則很有可能會阻礙個人使用醫療資源，因而延遲就醫（Andersen 1995）。目前台灣實行的全民健康保險與國民年金在某種程度上，其目的就是期望增進個人使用醫療資源的能力。

參、健康因素

健康因素則是屬於個人對疾病的感知程度，比如自覺健康狀況、身體活動功能、疾病的感受和日常活動障礙等，這種個人對健康的感受則包括個人主觀的認知或是由客觀的醫師診斷而來，健康因素則是醫療使用的必要因素，前兩者都只是醫療使用的充分因素，健康因素對門診的醫療使用約有 56.8~66.7%的解釋力（Andersen 1995）。

然而，雖然這個模型在醫療利用行爲的相關研究中具有重要地位，至今仍有使用這個模型討論老人的醫療利用之研究（毛政賢 2005），但是也有學者認為這個模型變項太過於複雜（陳肇男、林惠玲 1996；江哲超 2003）。也因此本研究並不將此模型直接應用在老人醫療使用行爲上，而是以另一個社會環境脈絡的角度去探討老人的醫療資源利用情形。因此，以下的文獻檢討則從老人的人口特質出發，然後擴展至老人的家庭結構，最後則進一步討論社會資本對老人的健康、醫療使用的影響。

第二節 老人的社會人口特質影響其健康與醫療使用

壹、社會人口特質與健康的關係

有研究指出老人的健康狀況是受到其個人人口特質的影響，唐憶淨等人曾設計問卷針對台中市 65 歲以上的老年人口進行調查，目的在於瞭解老人的自覺健康狀況與影響自覺健康的因素，結果顯示女性、未婚、教育程度低、收入低、身體功能狀況差則自覺健康狀況越差。並認為在預測老人自覺健康狀況上，老人經常以身體功能狀況來評估自身的健康狀況（唐憶淨等 1999），也就是說，除了老人的人口變項之外，對於老人健康狀況的測量，即使是老人自覺的健康狀況，仍是以老人的日常生活功能為主要考量。另外，吳老德（2003）也指出老人的自覺健康狀況受其人口特性影響，老人屬男性、年齡較低者、教育程度較高、有配偶者、有工作者，以及居住在都市的老人，相對的對自身的健康狀況較樂觀（吳老德 2003：344）。

居住於鄉村的老人健康整體上處於劣勢的狀態，鄉村中的老人有較高的慢性疾病發生率，原因是日漸困頓的經濟環境使得鄉村中憂鬱和其他心理問題的比例比一般平均來得高，而且鄉村地區能夠提供專門服務的專業以及非專業人員之資源的缺乏，造成診斷以及給予家庭協助上的困難。（Blieszner and Hilkevitch 著，林歐貴英等譯 2007：219-220）。

一般而言，性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、經濟狀況、居住城鄉差異都是影響老人健康的重要因素，通常男性、年紀較輕、教育程度較高、已婚者、經濟狀況較佳、居住於都市的老人有較佳的健康狀況。因此本文擬將這些變項納入研究設計中，同時以老人的日常活動功能狀況為測量老人健康的指標。

貳、社會人口特質與醫療使用的關係

除了上一節討論過的醫療（健康）服務利用模型也提到個人的社會人口特

質會影響醫療使用之外，許多老人相關的實證研究也都證實了這項因素對醫療使用的影響力。陳肇男於 1992 年以行政院主計處的人力資源調查資料做分析，他利用 Andersen 的醫療（健康）服務利用理論來檢視台灣老人的就醫行爲，試圖對全台灣的老人健康與就醫行爲做一通盤性的瞭解，其研究結果顯示年齡在 75 歲以上的老人、女性、低教育程度、未婚、居住於鄉村以及有健康保險的老人，其看病次數都顯著高於其他老人。除此之外，他也認爲其實老人的身體健康狀況才是影響老人醫療需求的最主要指標，而健康狀況越差則有越高的住院天數（陳肇男 1992）。

另外，若加入醫療利用類型來討論的話，男性比女性有更高使用住院、急診的次數，而女性則比男性有更高使用門診的比例（柯德鑫等 1998；廖繼鉉 2003）。顯示男性相對於女性而言，不容易因爲身體的某些疾病徵兆而去看門診，因此容易忽略治療的黃金時期而導致急診、住院的次數較女性來得高。另外，年齡超過 70 歲則住院次數越多，教育程度越高則使用正式醫療服務的機率越高，使用非正式醫療服務的行爲機率越低（柯德鑫等 1998）。而秦毛漁等人則研究花蓮縣獨居老人的醫療使用影響因素，其研究結果發現有宗教信仰、對自己經濟狀況滿意、自覺健康差的老人有較高的西醫使用率（秦毛漁等 2003）。嚴格來說，不同的醫療使用類型影響因素都不盡相同；但是整體上，多數的研究者認爲女性、年紀較大、教育程度低、未婚、經濟狀況較差、居住於鄉村的老人特徵會有較高的醫療利用情形。另外，健康與醫療使用的關係詳述如後。

參、健康與醫療使用的關係

有研究指出，台灣自民國 84 年起實施的全民健康保險，降低了老人就醫的可近性，使得老人的醫療使用率提高（莊榮霖 2002），但卻不會因爲全民健保的實施而產生道德危險的問題，原因是老人使用醫療資源的因素仍是以健康狀況爲主（廖繼鉉 2003）。有不少討論老人醫療使用的相關研究都曾指出，影響老人的醫療使用最主要的因素仍是其健康狀況，且健康狀況越佳則有越少的醫療使用情

形(陳肇男 1992;曾曉琦 1996;秦毛漁等 2003;王雲東 2005;Andersen 1995; Wolinsky 1991)。但是也有不同的意見。汪惠芬、吳素綿就曾以新竹市北區社區中九十年健檢異常的老人個案,試圖瞭解已得知患有高血壓、高血糖、高血脂的老人求醫行爲,研究結果顯示自覺健康較佳的老人則有較高的西醫門診利用率,其中老人自覺健康與醫療使用的影響與其他研究結果相反。雖然自覺健康仍是醫療使用的影響因素,但是自覺健康越差則就醫率反而低落,可能的原因是由於自覺健康不佳,反而產生了負向的因應行爲,而對健康持悲觀想法,導致喪失控制感造成就醫遵從性的問題。(汪惠芬、吳素綿 2004)。然而,這個研究主要是針對已得知患有高血壓、高血糖以及高血脂的老人,這些疾病類型都是屬於可長期經過醫師診斷與控制的慢性疾病,而且經過治療通常都能夠使個體正常生活,也使得老人自覺有較好的健康狀況,因此當老人自覺健康狀況較佳時,會有較高的醫療使用情形。然而,在一般的情況下,通常仍是健康狀況良好者,會有較少的醫療使用情形。通常老人的健康狀況與醫療使用有負相關,當老人的健康狀況越好,則醫療使用率則越低。因此,本文仍預設健康狀況與醫療使用的關係是負向的,即健康狀況越佳則醫療使用情形越少。

綜合上述影響老人健康與醫療使用的因素,可將其歸納成性別、年齡、教育程度、婚姻、經濟狀況、居住城鄉差異。只是這樣的討論則侷限於老人個人的人口特質。根據劉慧俐等人(2007)的研究指出,老人的社會資本與其死亡率有相關,老人的社會資本越低,則死亡率越高。一般認為,死亡是個人身體功能狀況最差的極致表現。所以當老人的社會資本能夠影響其死亡率時,則意味著老人社會資本也是影響老人身體健康狀況的重要因素。一般來說,老人所生活的社會關係、網絡包括家人與朋友,因此,本文將老人的家庭結構與社會資本加入預測老人的健康與醫療使用情形,形成本文分析老人健康與醫療使用的三大影響因素,分別為:社會人口變項、家庭結構及社會資本,而家庭結構與社會資本對老人健康及其醫療資源使用的關係,將於之後做更詳細的探討。

第三節 家庭結構對老人健康狀況與醫療使用的影響

家庭一直是華人社會傳統中支持老年人各項需求的重要來源，「養兒防老」、「反饋模式」可說是中國親子關係的特點(林松齡 1993)。雖然因為現代工業化社會變遷快速，過去老人賴以為生活的傳統家庭或居住型態也已經改變，以工業化快速變遷的邏輯下家庭結構逐漸分化成核心家庭，但是對於父母的贍養義務並未跟著消失，只是以不同型態來承擔對老年父母的照顧責任。謝聖哲與鄭文輝(2005)的研究指出，雖然近年來家庭照顧老人的比率不變，但是由家庭成員照顧的比率卻下降，由非家庭成員照顧老人的比例升高，顯示家庭照顧的責任與義務仍然存在，僅以調整老人照顧供給的型態為因應之道(謝聖哲、鄭文輝 2005)。另外，美國的研究也指出，都市化和工業化並不會破壞親屬間互助合作的傳統模式(Blieszner and Hilkevitch 著，林歐貴英等譯 2007:24)。張苙雲(2003)也提到，台灣地區老人的主要支持來源仍是家庭成員，主要的照護方式仍以家庭為主，機構式的養老院仍受到當相當的排斥。然而若就老人醫療決策而言，家庭更是重要的影響因素(張苙雲 2003:138)，以下就幾個家庭影響老人健康與醫療行為的因素加以討論。

壹、家庭社會資本與健康的關係

家庭社會資本(social capital in family)為1988年由Coleman首先提出的概念，他藉著美國公立學校的隨機抽樣樣本作為研究的資料來源，試圖檢視家庭社會資本對學生輟學率的影響，他以家庭中兄弟姊妹的多寡作為家庭社會資本指標，結果發現家中兄弟姊妹越多的學生輟學率越高。意指當家中孩子越多，則父母對孩子的關注程度被分散，因此家庭社會資本較低；較低家庭社會資本的孩子，即使父母的人力資本再高，那麼父母的人力資本也無法幫助孩子學習與成長。簡單來說，家庭社會資本就是父母與孩子的互動關係。Coleman認為單親家庭或雙薪家庭，或是父母必須工作而孩子則交由祖父母扶養，父母與孩子之間存在的代溝會使得家庭社會資本減少，而且即使父母與孩子一同居住生活，親子關

係也不見得良好 (Coleman 1988)。由此可知，家庭社會資本最主要的焦點則在於個人與家庭成員的互動關係。根據 Coleman 的觀點，當個人與家人間的互動關係良好時，代表個人的家庭社會資本較高，較容易獲得家庭中的各項資源與支持；當家庭成員間互動頻繁、關係良好時，無論是行為或觀念上，個人都深受家庭的影響。

再者，Pratt (1976) 也曾指出，一個充滿活力與互動的家庭比較容易培養家庭成員養成健康生活的習慣，並且更能夠獲得或者更有效率的使用專業醫療資源。他的論點與 Coleman 相似，然而他卻更進一步的指出，家人間的互動關係良好則有助於促進個人維持自身的健康狀況 (Pratt 1976: 103)。家庭社會資本就像一個管道，能夠使個人獲得較好的家庭資源，包括經濟支援、訊息傳遞、工具性、情感性支持等，這些都是促進老人醫療使用與健康的重要因素。

因此，根據 Coleman 對家庭社會資本的測量方式，他認為當家中子女越多，則父母對孩子的關注程度則會被分散，導致家庭社會資本較低。可見主要的關鍵點在於家人間的相互關心程度，於是本文利用問卷中詢問老人與家人的相互關心與照顧的情形來測量家庭社會資本變項。且由於家庭社會資本越高則老人獲得越多的各項資源，因此本文假設家庭社會資本越高的老人有越佳的身體健康狀況與越低的醫療使用情形。

貳、家庭為醫療決策的基本單位

雖然工業化下帶來劇烈的社會變遷，使得家庭對老人的照顧型態受到衝擊，但是家庭仍是影響老人健康與醫療使用的重要因子。針對老人的健康與醫療照顧上，家庭所扮演的重要角色，當然不只是表現在醫療決策上，而對於老人的長期照護需求來說，家庭的重要性更是不容忽視。

其實在華人社會中家庭介入個人生活的層面非常廣，而家庭成為個人醫療決策的基本單位並不足為奇。於 1989 年由中央研究院民族學研究所執行的第二期「台灣社會變遷基本調查」裡就有一個問題：家裡的就醫是由誰做決定？結果

在 2,532 個樣本當中有 42.9%是由自己決定，30%由夫妻共同決定，其餘包括大家一起決定、配偶決定或是父母、成年子女決定，與其他個人問題相較之下，就醫的決策過程全權由自己決定的比例不算高（張荳雲 2003：139）。換句話說，家庭中個人的就醫決策方面，有 57.1%的比例是由家庭成員所決定或與家庭成員共同決定的。

另外，Pratt 也曾提出另一個家庭介入個人醫療決策的層面。他認為當疾病徵兆剛出現的時後，通常都是由家庭成員討論是否應該採取以及要採取什麼行動，尤其是第一個參與討論的人最重要，因為那是確認個人生病與否的關鍵。若確認個人已經生病，再討論應該採取什麼樣行動比較適當，這些決策與選擇都是依據家庭的健康與醫療使用概念作判斷。對於已婚男子而言，第一個討論的人通常是配偶，甚至同一家庭的成員都看同一個醫生（Pratt 1976：24）。

基本上，醫療利用行為絕對不能只單純考慮個人行為，而家庭成員對個人的醫療使用行為影響甚大，但是由於本文分析資料的限制，這部份的討論無法納入本文的研究變項進行分析，甚為可惜。因此，期望未來的研究方向可針對這項討論做質性的訪談分析，應該能對相關的研究提供一定程度的貢獻。

參、居住型態

一、與家人居住能減少老人的醫療使用

有研究指出，老人和家人居住在一起可以降低醫療機構使用的機會，和增加非正式照顧的比例。至少在美國是如此，因為大多數身體上、情緒上和機能上的照顧都由家人提供（Blieszner and Hilkevitch 著，林歐貴英等譯 2007：49）。毛政賢（2005）則以苗栗地區的老人為研究對象，其目的在於瞭解家庭中的社會支持對老人醫療使用的影響，結果顯示老人在家庭中所獲得的支持越多，則可減少老人使用正式醫療資源的機會，證實了替代效果的理論（毛政賢 2005）。簡單來說，當老人居住在家庭時，老人的健康照護與情緒支持都可由家庭提供，當家

庭替代了部份正式醫療體系的照顧負擔時，正式的醫療資源使用當然就減少了。而且一般而言，老人居住在家中所獲得的情緒支持，更是對老人健康促進有正向影響。

若再細究家庭中什麼樣的親屬關係對老人的健康與醫療照護提供支持，我們發現，對已婚的男性來說，配偶較容易成為照顧者。吳淑瓊、林惠生(1999)在對功能障礙老人的家庭照顧者進行分析時指出，將近一半的女性老人是由媳婦照護，而將近一半的男性老人由配偶照護，顯示男性對配偶的依賴更勝於女性。由此可知，家庭成員中主要還是以配偶、子女負擔照顧的角色居多。

由上述的討論我們可以知道，個人的醫療使用行為絕對不只是個人的事情，反而考慮家庭成員的介入是更重要的事情。家庭結構完整，配偶以及子女乃是老人生活中最親近的家庭成員，扮演著影響老人使用醫療行為的重要角色。於是本文考慮老人與配偶及其子女居住的情形，與老人居住的配偶及其子女數越多，則老人會有較佳的健康狀況與較低的醫療使用情形。

二、修飾型擴展家庭系統 (modified extended family system)

除了與家人居住與否之外，居住型態也影響到老人健康與醫療行為，因為居住型態影響到老人與其成年子女或其它世代的互動行為。早期美國家庭大部分是維持核心家庭的結構，較年老成人則會與成年子女分住不同的地方，通常會住在附近，這種型態稱之為『修飾型擴展家庭系統』(modified extended family system)，這種居住型態的好處是既可以保有自主、私密的生活空間，又可以與其他家庭成員保持互動關係。這種有距離的親密感是當代美國受歡迎的居住方式，而且這種居住方式則有助於親屬間的互助行為 (Blieszner and Hilkevitch 著，林歐貴英等譯 2007：15-16)。這種居住型態因為並非居住在一起，所以經常可以避免居住在一起所發生的衝突與緊張，但是又生活在附近，所以也能夠經常互動與相處，可促進家人間的感情與互動；這對增進家庭社會資本是有幫助的居住

型態，當然也能增加老人獲得家庭各項支持的機率，進而促進健康與減少醫療使用。

因此，本文擬將不同住的子女也加以考量，原因是居住在附近的子女雖然不和老人共同居住，但是因為住在附近所以更能培養老人與家人間的互惠關係，而提供一定程度的支持與照顧；居住越近則提供幫助的機會越大，居住越遠則提供實質上的幫助則越少，同時也排除了獨居可能會減少老人獲得支持的假設。

從以上各種家庭影響老人健康與醫療使用的討論中，家庭對老人健康照顧的重要性是毋庸置疑的。雖然政府與家庭之間對老人照顧負擔比例的討論並沒有多大共識，但是從實際生活面上來說，只要家庭成員中有照顧需求發生，一定先求助於最親密的家人。因此，在老人家庭結構影響其健康與醫療使用方面，考量了配偶與其子女居住安排，除了與老人同住的家人能夠提供老人支持之外，其不同住的子女若居住越近則也有提供支持的功能，另外更實際的考量到老人與家庭成員間的關心程度（家庭社會資本），是故，本文的家庭結構測量指標包括家庭社會資本、同住家人數²、不同住子女居住遠近，而且當老人有較高的家庭社會資本、越多的同住家人數以及不同住子女居住越近，表示老人能獲得較多的支持，因此會有較佳的健康狀況與較低的醫療資源使用情形。

² 由於台灣的華人傳統主要是由配偶以及其子女照顧老人的居家生活，因此在共同居住方面僅以配偶及其子女為考量。

第四節 社會資本的意涵與相關實證研究

爲了對老人的社會資本能有全面且周延的瞭解，本節先討論社會資本的定義與其特性，再討論社會資本的測量方式，最後再以相關的實證研究對社會資本促進健康的影響力做討論。

壹、社會資本的定義

社會資本隨著不同學門的觀察角度而有不同的定義取向。社會學取向注重社會規範和人類動機的來源，焦點則在於社會組織的互信、互惠規範和公民參與網絡等。Coleman 是第一個企圖正式定義社會資本的社會學家，他認爲社會結構組成的特質可促進團體成員的集體行動，而自從這個『可促進行動』的功能定義後，社會資本就變得具有多種而非單一存在的實體或本質，也可以由多種的型態產生或展現 (Kawachi and Berkman 2000)。自從 Coleman 之後，社會資本的定義跨越了經濟學、社會學以及政治學。社會資本更經常被應用在許多領域當中，包括家庭及少年行爲、學校和教育、社區生活、工作與組織、民主與政府、犯罪學、公共健康 (Kawachi and Berkman 2000)，都獲得相當豐碩的成果。社會資本最常被認定爲是一套規範、網絡和制度的組合，人們可以透過這些組合取得權力和資源。以下便針對較具主導性的社會資本定義做一概括的討論。

Bourdieu 於 1986 年定義社會資本爲一種連結於固定的社會網絡當中的實質或潛在的資源之聚合，而這個社會網絡可以是制度化或非制度化的一種熟識的互惠關係，並且必須用道德來維繫這種持久性的網絡關係。換句話說，個人在團體當中，若能夠讓團體成員認可是團體中的一員 (membership)，而個人就可透過這個被認同的資格而享有團體所創造或衍生之利益。同時，社會資本是經由持續經營而建立的，所以社會資本是必需經過「投資」才能產生的，也就是說社會資本是由其他形式的資本所產生的，特別是經濟資本。依照 Bourdieu 的定義，將社會資本的焦點置於爲個人或集體提供管道以取得團體資源的社會網絡，成爲累

積經濟利益的手段或管道 (Bourdieu 1986)。

Coleman 則從個人層次的分析來看，他並非從社會資本是什麼來定義，而是從功能面來定義社會資本概念，認為社會結構特徵能夠讓行動者得以利用和成為取得資源的管道，此社會結構特徵包含了行動者的義務和期望、資訊管道，以及限制或鼓勵某些行為的社會規範等等。換言之，社會資本是某種特定個人能夠獲得的資源，它由上述這些社會結構面向而組成，並且對個人的行動有助益，也就是說社會資本是有生產力的，對某個特殊行動而言它不可能完全被取代，而且它只能對某種行動產生效用。社會資本與生俱來就存在於行動者與行動者之間的關係結構，合作的行動者關係構成了他們的社會資本。同時資訊也是行動和規範的基礎，並強調產生社會資本的最重要之社會結構特徵是團體的封閉性，也就是團體成員間必需要有某種程度上的互相連結關係，才能發揮團體規範的力量。而 Coleman 視社會資本為人力資本的資源 (Coleman 1988)。

然而，有必要對 Coleman 的社會資本定義做進一步的討論。在 Coleman 的定義中所謂行動者義務和期望如何構成社會資本呢？這也是 Coleman 定義中最重要的一個層面。他認為如果 A 為 B 做了某些事情，且相信 B 有一天會回報，則 A 就有了一個期望，B 就有了一個義務。這些義務可以想像成是一種信用傳票 (credit slips)，A 則獲得了一個未被 B 償還的信用傳票。如果 A 在這種互動關係上累積了較多的信用傳票時 (類似財務資本)，當 A 有需要的時候，這些信用傳票就能夠發揮作用並提供支持。這種社會資本的形式有兩個關鍵要素，一個是可信賴的社會環境，一個是義務產生的有無，這是一個循環的現象；有了義務的開端，以及確保義務可以被報答的社會環境。然而，這些互動連結通常是個人的朋友或鄰居，才有經常性的面對面接觸，並且這種社會資本形式可共存基金並累積財富，有益於經濟發展。社會結構下的個人，若隨時都有較多未被償還的信用傳票的話，則表示有較多的社會資本可供個人使用，且可以幫助個人在有需要的時候，增強物質上或工具性的資源 (Coleman 1988)。

Putnam 對社會資本的定義是來自他在《使民主運轉起來—現代義大利的公民傳統》一書當中所提及。他定義社會資本為網絡、社會信任及互惠的規範，他尤其強調社會的信任是社會資本不可或缺的組成部分，社會信任是一種道德資源，使得自發性的合作成為可能。社會資本使得集體的目標得以實現，且對集體中的個人來說，仍是有短期利他、長期利己的作用。（Putnam 著，王列、賴海榕譯 2001：191-200）

由上述討論可以看到，Putnam 跟 Coleman 的社會資本概念類似，他們都強調一種社會信任的氛圍，以及互惠的規範模式；而 Bourdieu 則強調一種團體會員資格的社會參與的社會資本形式，透過社會團體的持續參與進而獲得團體認同，使得個人能夠取得團體中的各項資源或利益。因此，與其他的資本特性相同，當個人能夠透過社會資本增進個人利益時，社會資本就具有生產力，對個人而言，存在於人際關係之間就形成一種無形的資本。

貳、社會資本的特性

一、社會凝聚力

社會資本與社會凝聚力的概念非常類似，社會凝聚力指的是社會中團體的連結與團結能力，涂爾幹說一個具有凝聚力的社會應該有豐富的”互助道德支持”，使得個人可以分享集體的能源，在個人枯竭的時候給予支持（Kawachi and Berkman 2000）。由此可知，社會資本的概念能夠類比社會凝聚力，也可以說社會凝聚力與生俱來的特質就具有社會資本，兩者的關係密切不言而喻。

Kawachi 等人（2000）的研究認為，一個新的行為或訊息能夠快速在社區中傳播，必須倚賴社區強大的凝聚力，這個凝聚力來自於社區居民之間的社會資本，包括相互熟悉以及信任感的建立，才能夠將健康的行為或資訊帶給社區居民，也能夠增加居民採用健康行為規範的可能性，進而促進居民健康。

二、受爭議的社會資本定義

社會資本的定義和測量方式都仍在發展當中，許多評論家都批評社會資本概念是模糊的，有學者指出社會資本的定義包括了社會關係的結構和功能。雖然大家都有共識，社會資本是集體的概念，但是仍有許多灰色地帶。

(一) 社會資本與社會網絡的差異

社會資本與社會網絡不同，因為社會資本是社會的層次，而社會網絡是個人的層次。社會資本是屬於集體的概念，例如鄰里、社區或社會，而個人則是屬於這些區域的個體。但是這樣說來，就無法測量所謂的個人的社會資本，然而從理論上來說，個人若擁有與別人較多、較好的連結，個人會經驗到比較多元的生活型態，而擁有較好的福祉 (kawachi and Berkman 2000)。雖然如此，社會資本和社會網絡的區別也不是那麼的一分為二，因為根據 Bourdieu 和 Putnam 的定義，社會資本就是社會網絡，或者社會網絡就是社會資本的形式之一，而兩者的分析單位卻是不一致的，這也許可以解釋為何社會資本的概念一直模糊不清。

(二) 公共財的特性

社會資本因為是社會的所以就無可避免的成為公共財，最大的特色就是它不具有排他性，與人力資本和經濟資本的私有財特徵有所不同，而且社會資本比起兩者較為抽象。簡言之，『資本』這個字義代表著某種資源的存量，而不論它是否實體存在。(kawachi and Berkman 2000)。雖然如此，有些學者對社會資本公共財的特性有不同意見，因為他們認為社會資本是具有排他性的 (Coleman 1988；John and Catherine 2000；Sarah and Blake 2005)，並非每個人都能夠同樣享有同等存量的社會資本，只有某個集體當中的個人才能享有集體所創造的社會資本，集體外的個人是無法取得「他們的」社會資本的。Coleman 就指出，社會資本會因為個人所生活的不同社會制度而不同，或是階級不同也會擁有不同的社會資本存量，例如較富裕的人比較容易就能建立社會資本或名譽，以便需要時可使用；或是一個名譽較高的立法委員權力也比較大，因為他能夠在需要的時候動

員其他人，進而操控議題(Coleman 1988)。

另一方面，有許多研究都提到社會資本有排他性(Kawachi et al. 2000; John et al. 2000; Sarah et al. 2005; Stephens 2008)，Kawachi 等人研究發現並非所有的人都可以公平的獲得社會資本。由於種族、性別、收入的不同所以所獲得的社會資本存量也不同，居住隔離和勞動市場的隔離或其他歧視的形式，使得窮人、女性、和非裔美國人都被排除在外 (Kawachi et al.2000)。而 Sarah 等人也呼應了這個說法，認為社會資本的建立是一個排除的過程，不僅排除了那些不同規範及認同的人，而且在團體內的成員也有很大的壓力要遵守團體規範。如此一來，團體中的異議則變得沉默，導致團體認同的建構則掌握在少數人手中 (Sarah et al. 2005)，造成社區或社會的分裂。Stephens 則強調當團體間因為資源的爭取而相互競爭時，社會資本則是團體能否取得資源的重要管道，然而通常貧窮的團體會因為被排除而缺乏社會資本 (Stephens 2008)。由此可見社會資本對於那些資源較缺乏的團體來說更加的重要 (Sarah et al. 2005)。

綜合上述對社會資本的定義與特性的討論可以發現，雖然社會資本的定義有其模糊地帶，而它的特性也有所爭議，但是實際上可以界定出共同的社會資本概論。根據 Bourdieu 對社會資本的定義，社會中的團體參與即是一個重要的社會資本指標，而 Coleman 和 Putnam 的概念中都同時提到了，一個具有社會資本的社會，應該是具有可靠的社會信任環境。因此，根據文獻中對社會資本定義與特性的討論，本文定義社會資本為一種社會網絡的連結，而網絡的連結可成為社會資本的積累，個人可以透過網絡獲得個人所需的支持與協助。同時，本文以個人的社會網絡來測量個人的社會資本，而這樣的社會資本是具有排他性的，也就是說個人所擁有的社會資本存量其實並不相同，也會因此而影響到個人獲得資源的可近性。究此，本文也預設擁有不同存量社會資本的老人會有不同的健康狀況與醫療使用情形，而社會資本與健康的相關研究則會在後面的文獻做更詳細的整理。另外，根據定義擬定社會資本的指標為社會參與、社會信任，詳細的指標操

作化方式請參考研究方法。

參、社會資本的測量與指標

比較起經濟資本和人力資本，社會資本比較無實體形象可供測量，社會調查裡的資料有許多社會資本的指標，包括信任的層級、規範與道德約束力和公民組織的密度等。公民組織的範圍就很廣，包括教堂、運動團體、政治團體、休閒娛樂團體、宗親會以及職業工會等等。(John and Catherine 2000)。雖然如此，由於對社會資本理論的觀點分歧且爭議不斷，而造成測量上的困難，因此對於社會資本的相關實証研究，多以選擇性的定義來概念化社會資本，因此本文有必要對於社會資本的測量指標³做一整理。

一、社會信任

社會信任是社會資本當中最重要指標，良好的社會信任會促成集體行動以及互助合作，可因此增加集體的社會資本，而集體行動也可以進一步的增強社區的互惠規範。社會信任有三種測量方式，包括公平、信任以及幫助(Kawachi et al. 1997)。然而，社會信任相關問題通常是：你覺得大部分人都是可被信任的？你覺得有機會的話，別人總會想佔你便宜？你覺得大部分的時候人們會試著去幫助別人，還是他們都只在乎自己？越覺得大部分人都是誠實的、可信賴的，則有越高的社會信任，且社會資本也越高(Poortinga 2006a, 2006b；Folland 2007)。也有學者將信任分成兩種，即水平及垂直兩種。一般而言，水平信任指的是在人際間信任其他人的感覺；而垂直信任則是對公共機構體系的信任感程度(Mohseni and Lindstrom 2007)。另外，也有人認為社會資本是一種認知態度，也就是人際間的信任與互惠(Yip et al. 2007；Kawachi et al. 1999；張其鈺 2000)。

二、公民參與

³ 地位產生器的測量：通常社會資本是個人用來求職的工具，可以建構出三個變項，分別是接觸的位置數量、接觸最高位置的社會聲望以及接觸位置的聲望範圍（林南 2005）

公民參與一直是重要的社會資本指標之一。透過對公共事務的參與，擴展網絡的範圍，進而獲得較高的社會資本。公民參與則是以參與社團的會員數目以及參與志願性組織的數量為社會資本的指標 (Kawachi et al. 1997 ; Kawachi et al 1999 ; Rose 2000 ; Poortinga 2006b ; Folland 2007 ; Sirven 2006 ; Yip et al. 2007 ; 張其鈺 2000) 。也有人覺得可以是鄰里間的組織參與(Carpiano 2006)，也有以純粹的規律性參與社團或組織活動為測量(Poortinga 2006a)，當然也可以以正式組織參與為指標(Yip et al. 2007)。特別的是，Sundquist 以及 Yang(2007)在一篇研究瑞典的社會資本與自覺健康的關係時，將鄰里間投票人數的比例，當成是鄰里間連結社會資本的指標。

三、社會支持

社會支持在某些研究裡面被認為是能夠達成目的的重要變項，社會支持成為社會資本的型態之一，可幫助個人處理日常問題(Carpiano 2006 ; Poortinga 2006a)。在社會支持和社會網絡相關的研究領域中，最常以情緒性支持和工具性支持來建構社會資本(劉慧俐等 2007)，而且，Sirven(2006)在處理社會資本對健康的預測力時曾指出，社會資本可透過社會支持進而達到促進健康的目的。

四、社會網絡

在社會資本的理論當中，社會網絡是廣泛被討論的重要概念，甚至發展成另一個研究領域；許多研究都會將社會網絡納入社會資本的相關討論範圍中，或是兩者相互混淆使用的情況也不少見。更是有學者就直接使用社會網絡的類別來指涉社會資本，例如社會隔離(沒有網絡可言)、反現代的網絡(anti-modern networks)、市場網絡、非正式網絡(Rose 2000)。另外，在以社會資本預測自覺健康的研究中，社會網絡則是較有影響力的變項(Sirven 2006)。當然，社會網絡的概念與分類非常多元，在此則不贅述，然而在實証研究中較常見將「朋友」這種關係類型定義為社會網絡，例如 Folland(2007)則將拜訪朋友當成是社會資本的指

標之一，或是以家族外有無親密朋友為社會資本的指標(Bolin et al. 2003)。

五、連結度

連結度是指個人與個人或個人與團體之間關係的強弱程度，連結度越高關係也越強，則越有可能為個人提供情感上或工具性的支持(呂寶靜 2000)，有些測量連結度的指標，如集體行動或參與儀式等，也因此會被當成是社會資本的指標之一(Sirven 2006)。

六、休閒娛樂

休閒娛樂是個人在工作及日常生活之餘從事的活動，可用來放鬆心情或增進健康的活動，藉由參與休閒活動也可擴展個人網絡關係，有助於社會資本的培養，也有以休閒娛樂為社會資本的測量指標的研究(Folland 2007；張其鈺 2000)

由此可知，測量社會資本的指標非常多元，也顯示出社會資本的不同面向與概念，主要都是在測量個人與他人之間的連結或關係，或是將社區整體當成分析單位，以社會資本的集體概念出發而延伸出來的測量方式。然而，本文根據前述社會資本的定義，並選擇較具主導性指標的變項來測量社會資本；以個人層次的社會網絡來分析老人的社會資本，歸結出社會資本的測量指標為社會參與、社會信任。

肆、社會資本能促進健康

社會資本是一種累積的存量，在與人際的互動和交往過程中，除了可以幫助個人獲得資訊之外，更能在這樣的互動下獲得各種資源以維持個人健康，而且社會資本越高則越可能有促進健康的行為 Poortinga(2006a)，進而達到促進個人身體、心理及社會面向的健康理想狀況。也有不少的研究都指出社會資本對健康狀況是有正向相關的 (Mohseni and Lindstrom 2007；Kawachi et al.1999；Kawachi and Berkman 2000；Rose 2000；Poortinga 2006b；Sirven 2006；Sundquist and Yang

2007；Bolin et al. 2003；蔡必焜 2004；鄭惠玲、江東亮 2002）。

國外研究方面，有些國外學者認為社會資本對自評健康有影響。Sirven(2006)在馬達加斯加島的鄉村研究指出，社會資本越高則可以形成較好的自評健康狀況。Sundquist 和 Yang(2007)在瑞典對社會資本與自覺健康狀況的相關性研究發現，在控制住個人背景特徵之後，在鄰里間擁有最少社會資本連結的人比擁有最多社會資本連結的人有更高的不健康風險。而 Bolin et al. (2003)則是利用瑞典的生活狀況調查分析社會資本與健康資本的關係，結果發現社會資本對健康有正向相關。另外 Poortinga(2006b)使用 2002 年英格蘭的健康調查資料分析結果顯示，社會資本是自覺健康和健康行爲的決定因素。Rose(2000)在俄國的調查研究發現，健康資本和社會資本都對健康有顯著的影響，而且社會資本比健康資本對促進身體上的健康及情緒上的健康更有影響力。

另外，國內文獻方面，鄭惠玲和江東亮（2002）由社會參與和社會信任兩者構成社會資本的指標，研究台灣民眾的社會資本與其自覺健康的關係。研究結果發現雖然在控制了其他的因素之後，整體而言，社會資本仍是影響台灣民眾自評健康的重要因素，且社會資本越高，則越容易自覺身體健康。另外，蔡必焜(2004)將社會資本分爲兩個類別，意指在一定空間界限內所形成的網絡、制度；另一種則是以信念、規範與價值觀爲界限所形成的社會資本。在控制人力資本因素後檢驗社會資本對健康的影響，結果發現社會資本對健康有正相關。

一、社會資本面向對健康的影響途徑

（一）社會參與

社會隔離是指個人沒有任何社會參與的過程，且沒有任何社會網絡可言 (Rose 2000；kawachi and Berkman 2000)。有研究指出社會隔離會使個人增加不健康的風險，因為他們接受幫助的資源、訊息以及情緒支持都受到限制。而且社會隔離的情況較容易出現在缺乏社會資本的社區當中，因為社區提供給居民們相互聚集、互動的機會微乎其微。社會隔離對個人來說，容易因缺乏經驗到比較多元

的生活型態的機會，而擁有較差的健康狀況（Kawachi et al. 1999；Kawachi and Berkman 2000）。

前述提過，死亡是一個人身體功能狀況最差的極致表現。Kawachi 等人（1997）指出了一個社會資本指標的生態學分析，認為美國社會資本與死亡率有相關，他參考 Putnam 社會資本的概念，由一般社會調查中的 39 個州的居民為研究對象。研究結果顯示，在調整了收入以及年齡的影響因素之後，社會參與和自殺率有高度負相關，一個社會組織社團的密度也與心臟病、惡性腫瘤和嬰兒死亡率負相關，表示社會參與越低則死亡率越高，可見個人的社會參與對其身體健康狀況也有相關。

另一方面，當政府的公共設施或社會福利縮減的時候，具有社會凝聚力的社區鄰里比較不容易受到影響，因為社區居民很容易就能夠團結在一起創造一個沿用性的社會組織。而且可以想見這種組織的過程，比較能夠確保居民使用社會服務的管道，而不受到政府縮減預算的影響，例如交通運輸、社區健康中心或娛樂設施等，這些都是直接與居民的健康相關的。更積極的方面，社會資本較高的社區，也能夠藉由組成壓力團體的方式，透過遊說以增加政府提供社區服務的可能性，這可能就是缺乏社會資本的社區所無法達成的。（Kawachi and Berkman 2000）。也因此，當個人的社會資本高，社會參與的能力較強，比較能夠透過參與社會服務組織的方式，獲得使用社會服務與福利的資格或權利，會比沒有這些組織、社團的地區居民獲得較多的資源，以促進或維持個人健康與福祉。

但是也有學者認為團體資格與健康連結較弱，簡單的說就是認為團體資格不是好的社會資本指標，原因是團體會員間會有分化的情形。比如階級、性別、種族等因素都會促使會員被分化或邊緣化，而且每個人對社團的參與程度不同，都有可能導致社會資本和社會凝結無法成形（Kawachi et al. 1999）。換句話說，即使個人擁有團體會員的資格，但是在整個團體運作的過程中，每個人投入自己的意見、行為或其他資源的程度不同，因此無法產生社會凝聚力和有效的集體行

動，結果是間接的削弱了個人的健康狀況。由此可知，即使個人擁有團體會員資格，也不一定能促進社會凝聚力，因此團體資格對健康的影響較小。

Yip 等人(2007)就以中國農村為研究對象，利用兩種社會資本指標測量個人自覺健康、心理健康以及主觀的福利感受，其社會資本指標包括人際間的信任與互助，以及正式的組織參與。他認為正式的組織參與是一種集體行動的促發行爲，通常集體行動則被認為可透過社會服務的提供、訊息的散佈以及偏差行爲的控制來促進健康，但是集體行動的目的若不是以社會服務為目的時，參與組織則與健康就沒有顯著關聯。

(二) 社會信任

社會信任可透過提供情感上的支持影響個人健康狀況(Yip et al. 2007)，以及自尊和相互尊重，這是社會信任促進健康最直接的方式。社會信任越低的社會則死亡率有越高的趨勢(Kawachi et al. 1997)。另外，社會信任也能間接影響個人健康。信任的社會環境培養出值得信任的公民，因為信任與互惠這種道德價值會漸漸的內化在小孩身上，在社會資本較高地區成長的小孩很快的學會人們應該對其他人負起些許的公共責任，不論這些人是否跟自身有關。這不是由別人教他們的，而是由他們自己的生活經驗到的。然而，社會信任較高的益處還包括保障行人安全、促進小孩養育成長、加強自治管理以及維持文明的公共生活(Kawachi and Berkman 2000)，這些益處都能夠間接促進個人健康。

人際間的信任關係與人們對公家機關的信任與信心有關，也就是較低的人際信任就會有較低的公家機構信任、較低的政治參與，最後削弱了政府機關運作的效能。從美國的資料顯示出，較低人際信任的州，則州政府對於人身安全的投資也相對的較少，社會福利的措施預算比例也較少，且醫療環境的投入也較少，進而影響人民健康與安全(Kawachi and Berkman 2000)。

透過以上國內外的相關研究得知，社會資本與健康狀況的相關面向，包括

社會參與及社會信任。雖然社會參與能夠促進健康不是絕對的，社會參與只是促進集體行動的方式，但是也必須要有核心價值來配合，也就是促進健康的價值觀，否則社會參與也有可能會損害個人健康。有研究則針對老人朋友與家庭的社會關係來討論，研究這些社會關係是否會促進老人的健康，結果顯示這些社會關係能夠促進老人健康也能夠損害健康（Seeman 2000）。因此，藉由本文可釐清家人與朋友間的社會網絡關係是如何對老人健康產生影響力。另外，社會信任則能夠透過情緒支持促進個人健康則比較沒有異議。為了瞭解台灣老人的社會資本與健康狀況、醫療使用的關係，實有必要將上述的面向納入本研究當中。除了社會參與和社會信任之外。

第五節 小結

由回顧文獻中可發現，雖然社會資本的概念是模糊且有爭議的，但是社會資本仍有一致性的討論方向與測量指標，而本文仍必須清楚定義社會資本，並選擇較接近社會資本概念的指標以進行測量。藉此，本文定義社會資本是一種儲存於個人網絡中且具有生產力的無形存量。換句話說，社會資本為一種社會網絡的連結，而網絡的連結可成為社會資本積累，使個人可以透過網絡在個人有需要的時候獲得支持與協助。同時，雖然社會資本是集體的概念，但是就理論上而言，當個人擁有與他人較多、較好的連結時，個人會擁有較佳的福祉（Kawachi and Berkman 2000）。是故，本文以個人的社會網絡層次來測量個人的社會資本，分析單位是個人而非集體的社會資本概念，然而這樣的社會資本是具有排他性的，也就是說個人所擁有的社會資本存量其實並不相同，也會因此而影響到個人獲得資源的可近性，進而影響個人健康狀況。另外，如同文獻中指出，社會團體中的個人參與程度是不同的，因此以整體的社會資本來推究個人健康狀況或醫療使用是不恰當的。究此，本文預設擁有不同存量社會資本的老人會有不同的健康狀況與醫療使用情形。

以測量社會資本指標的選擇而言，雖然社會資本測量的指標非常眾多，且各學者對社會資本的測量指標也都有所差異，然而在文獻回顧後可以發現大部分的實證研究當中最主要的社會資本指標則為社會／公民參與以及社會信任。

綜合以上的討論，本文試圖以老人的社會人口特性、家庭結構以及社會資本預測其健康與醫療資源的使用，並同時考量社會人口特性、家庭結構、社會資本以及健康狀況對老人醫療資源使用的影響。而老人健康指標方面，則使用身體活動功能來測量老人健康狀況（王香蘋 2003）；而老人的醫療資源使用則以全民健保 65 歲以上保險對象的每次醫療使用平均支出為權數，計算每位老人過去一個月健保所必須給付的醫療支出，而如此操作的方式則是為了反應每位老人使用政府醫療資源的情形，並找出影響老人醫療資源使用的因素，達到有效減緩政府提供醫療資源負擔的目的。具體的研究假設與研究架構請參考第三章—研究方法。

本文所利用的變項整理如表 1：

表 1：變項一覽表

類別 \ 變項	變項名稱	
自變項	社會人口變項	性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、經濟狀況、居住城鄉別
	家庭結構	家庭社會資本、同住家人數、不同住子女居住遠近
	社會資本	社會參與、社會信任
依變項	健康狀況	身體活動功能
	過去一個月醫療使用支出	醫療使用支出

第三章 研究方法

第一節 資料來源

分析資料來自行政院衛生署國民健康局所主辦的長期性老年人口生活狀況追蹤調查資料，「民國 92 年台灣地區中老年身心社會生活狀況長期追蹤(第五次)調查」。其目的是為了解台灣地區 50 歲以上中老年人健康狀況，包括身體功能及失能情形、罹病狀況、心理健康、家戶狀況、居住安排、社會支持、休閒活動、衛生行為及醫療保健服務利用等情形。

本調查資料之訪查對象為台灣地區(不包括山地鄉)民國 92 年 3 月底年滿 50 歲以上之中老年人，包括「50 至 56 歲新世代樣本」、「57 至 73 歲中老年追蹤世代樣本」與「74 歲以上老人追蹤世代樣本」三個子群體，全部樣本數共約 6,100 人，扣除死亡樣本數後實際完訪個案 5,377 人，完訪率達 84.7%。但由於本研究對象設定為 65 歲以上的老年人口，因此刪除 50~64 歲的樣本數後，總樣本數為 2,864 人。

雖然本調查是屬於追蹤樣本調查資料，然而本調查資料在高追蹤率的情況下，扣除死亡個案後，本次調查無法完成追訪之流失樣本並無隱含選擇性人口特徵傾向者，故本次調查研究之樣本資料，亦不失其橫斷面之代表性，即歷次存活個案樣本資料，仍足以代表台灣地區同年齡層之中老年人口。

第二節 研究架構

根據前述有關老人健康與醫療使用的探討，可知老人的健康與醫療使用會受到社會人口特性、家庭結構與社會資本的影響，因此參考相關研究後提出本文的研究架構，如圖 1 所示：

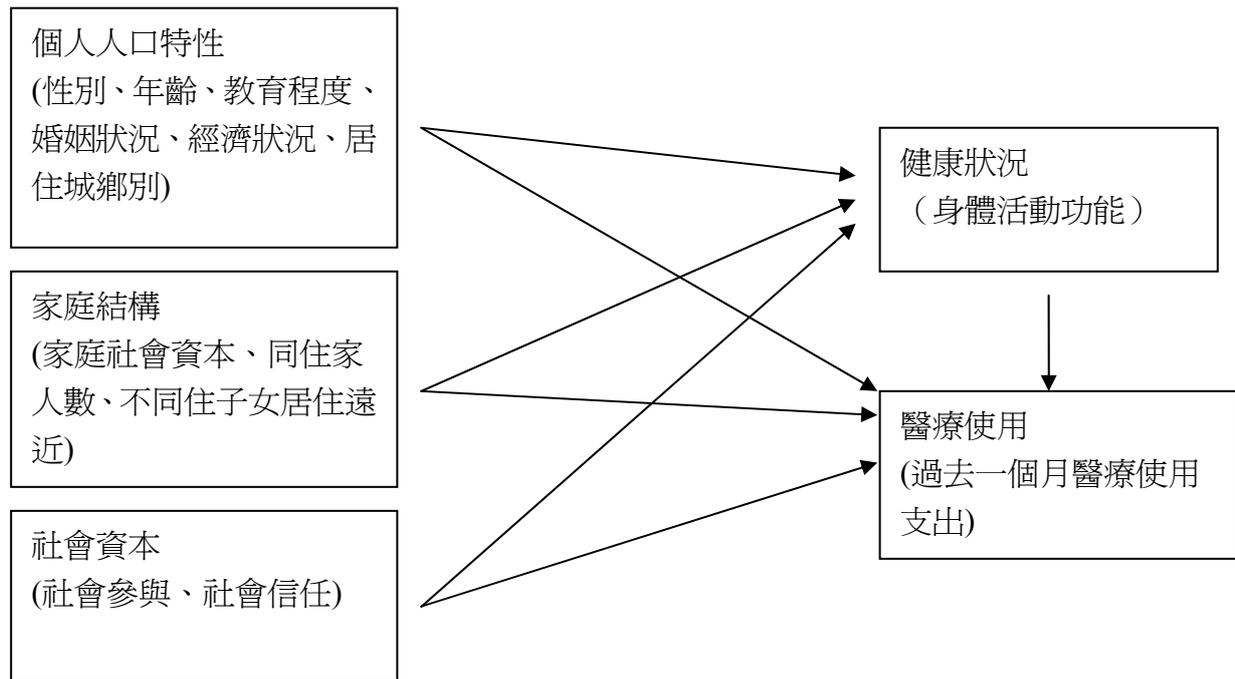


圖 1：研究架構圖

第三節 研究假設

根據上述文獻討論發現，老人的社會人口變項、家庭結構以及社會資本會影響老人的健康狀況與醫療使用情形，因此，提出本文的研究假設：

假設一：老人的社會人口特性對其健康與醫療使用有顯著影響。

1.1：男性、年紀較輕、教育程度較高、有配偶者、經濟狀況佳且居住在都市的老人有較佳的活動功能狀況。

1.2：男性、年紀較輕、教育程度較高、有配偶者、經濟狀況佳且居住在都市的老人有較低的醫療利用支出。

假設二：老人家庭結構對其健康狀況與醫療使用情形有顯著相關。

2.1：家庭社會資本越高、配偶和子女同住人數越多、不同住子女居住地區越近的老人則有較佳的活動功能狀況。

2.2：家庭社會資本越高、配偶和子女同住人數越多、不同住子女居住地區越近

的老人則有較低的醫療利用支出。

假設三：老人的社會資本對其健康狀況及醫療使用情形有顯著相關。

3.1：老人的社會參與越多、社會信任越高，則身體活動功能越佳。

3.2：老人的社會參與越多、社會信任越高，則醫療利用支出越低。

假設四：老人的社會人口特性、家庭結構、社會資本以及健康狀況對其醫療使用情形有顯著預測力。

4.1：男性、年紀較輕、教育程度較高、有配偶者、經濟狀況佳、居住在都市、家庭社會資本較高、配偶和子女同住人數越多、不同住子女居住地區越近、社會參與越多、社會信任越高、身體活動功能越佳的老人，則醫療利用支出越低。

第四節 分析方式

本研究除了呈現基本的樣本描述性統計資料之外，首先利用交叉分析檢視老人的社會人口變項對於醫療利用支出、活動功能狀況的影響，再以多元迴歸分析檢測個人人口特質、家庭結構、社會資本對醫療使用情形的影響，而醫療使用率包括一個月的醫療利用支出與老人的活動功能狀況，實際的指標操作化請參考下一節的討論。本研究利用的統計軟體是 SPSS12.0。

第五節 指標的操作化

根據研究架構分別就醫療使用情形、社會人口變項、家庭結構與社會資本之相關變項的操作型定義如下：

壹、醫療使用情形

由於本文的研究動機是期望能夠減少政府對老人的醫療利用負擔，所以擺脫以往以老人就醫次數為主的測量方式，而是以全民健保當中平均支付給 65 歲以上的保險對象的醫療點數⁴為權數，加權老人的醫療使用次數，這樣的優點是

⁴每年各醫療類別點值都接近一元，因此本研究以一點一元計算醫療平均支出

可以瞭解在健保給付的方面，老人每個月的醫療支出的費用，進而找出減緩政府負擔老人醫療利用的因素。另一方面，前述提到過，由於全民健保壓縮了健康狀況與醫療使用之間的距離，因此使用健康狀況當成醫療使用的指標之一，並以活動功能來測量老人的健康狀況。

一、過去一個月的醫療使用支出

過去一個月的醫療使用支出有兩個操作化方式，首先使用問卷中第 C12A、C13A、C14C、C15C、C17C 的問項，分別詢問老人過去一年裡，你住院幾次？共看過幾次急診？在過去一個月裡，你總共去過幾次西醫門診？總共去過幾次中醫門診？總共去過幾次牙醫？再根據行政院衛生署編制的民國 92 年度衛生統計動向，以及民國 92 年度全民健康保險醫療統計年報，利用上述醫療類型的保險對象每件/次平均支付費用為權數，再分別乘以上述的醫療使用次數，使得每個醫療類型成為每月/年的醫療支出，然後再把以年為單位的住院次數醫療支出、急診次數醫療支出調整為以月為單位，最後將各醫療類型支出加總得到一個「過去一個月的醫療使用支出」，屬連續變項。另外，再將過去一個月的醫療使用支出分成高中低三個等級，以利交叉分析使用。低支出：0~2000 元，中支出：2001~10000 元，高支出：10001 元以上。

二、活動功能狀況

活動功能狀況有兩種操作化方式，首先使用問卷中第 C23 大題，詢問老人「在沒有人幫助，也沒有工具輔助下，你一個人單獨做下面這些動作，會不會有困難？」「若有困難，是有些困難、很困難、或完全做不到？」，以瞭解老人的身體功能狀況。共列出 9 項動作，分別是連續站立約 15 分鐘、連續站立 2 小時、屈蹲、雙手舉高至頭上、用手指拿或扭轉東西、拿起或攜帶 20 台斤的東西（如 2 斗米）、短距離跑步（20~30 米）、走完 200 至 300 公尺、能走到 2 樓或 3 樓。逐項詢問做出這些動作有無困難，回答「沒有困難」者則跳下一項動作，回答「有

困難」則詢問是有些困難、很困難或是完全做不到。在 9 項動作中，回答「沒有困難」則獲得 3 分，回答「有些困難」則獲得 2 分，回答「很困難」則獲得 1 分，而「完全做不到」則得到 0 分。將 9 項動作的每一個動作所獲得的分數加總後成爲「活動功能狀況」變項，最高分數 27 分，最低 0 分，屬連續變項。

另外，依據王香蘋（2003）針對老人健康的研究中對活動功能狀況的分類方式，分爲獨立自主、輕度失能、中度失能以及重度失能四類，以利交叉分析，因此在 9 個動作中，回答「沒有困難」得 0 分，回答「有困難」得 1 分，以此總分作爲分類的標準，9 項活動都沒困難即得 0 分，則爲獨立自主，若有 1 至 2 項困難即得分爲 1 或 2 分者，則屬於輕度失能，若有 3 至 4 項困難則得分爲 3 或 4 分者，則屬中度失能，而得分在 5 分以上表示有 5 項以上活動困難，則屬於重度失能，以方便交叉分析使用。

貳、社會人口變項

- 一、性別：分爲男性、女性兩類，女性爲 0，男性爲 1，以女性爲參照組。
- 二、年齡：以樣本實足年齡計算，以利迴歸分析使用；另分成三組：(1)65-74 歲、(2)75-84 歲(3)84 歲以上。
- 三、教育程度：指最高學歷（接受最高的學校教育）是什麼？問卷中將教育程度分爲(1) 不識字、(2) 識字、(3)小學、(4) 初中（職）、(5) 高中（職）、(6) 大學（二三專）、(7)研究所；本文將識字納入小學，將(4)-(7)合併爲國中以上，共分成三組：(1)不識字(2)小學(3)國中以上。另外，問卷中也以樣本實際接受教育年數計算，屬連續變項，以利迴歸分析使用。
- 四、婚姻狀況：爲問卷中 A1 之問項，問卷中將婚姻狀況分爲(1) 已經結婚，且配偶也還在、(2)有同居的老伴、(3)喪偶，未再婚、(4)離婚，未再婚、(5)（正式）分居、(6)從未曾結婚，本文將婚姻狀況分有無配偶兩類，將(1)、(2)項歸類爲有配偶，而(3)、(4)、(5)、(6)項則納入無配偶，無配偶爲 0，有配偶

為 1，以無配偶為參照組。

五、經濟狀況：以問卷中 G3e 的問項，問題為「你和你先生/太太過去一年不同收入來源加在一起，總共約有多少錢？」，以夫妻年收入為主要考量，為連續變項；另分成三組：(1)12 萬元以下(2)12~30 萬之間(3)30 萬以上。

六、居住城鄉別：指老人居住的地區，問卷提供的答案項目有三個，分別是都市（城市）、鄉鎮的街上以及鄉村（農村），將鄉鎮的街上歸類為鄉村後分兩組：(1)都市(2)鄉村，都市為 1，鄉村為 0，以鄉村為參照組。

參、家庭結構

一、家庭社會資本

利用問卷中 D10、D11、D12、D13、D15、D16、D17 的問項題目來測量家庭社會資本，詢問受訪者自覺與家人的相互關心、照顧的情形，其中 D10、D11、D12、D13、D16 的問項答案有五個等級，以 D11 為例的話，家人對老人的關心程度則分為「很關心」、「關心」、「普通」、「不太關心」、「很不關心」，而 D15、D17 則有三個不同等級的答案項目，以 D15 為例的話，則是詢問受訪者本身對家人或親友的關心、幫助大不大？，是「有很大幫助」、「有點幫助」、「沒有什麼太大幫助」三項。建構家庭社會資本指標時，回答關心程度越高、幫助越大，或代表家人互動關係越佳的問題答案則分數越高，五個等級的問項中，回答「很關心」者得 5 分，回答「關心」者得 4 分，回答「普通」者得 3 分，回答「不太關心」者得 2 分，回答「很不關心」者得 1 分，其他問項依此類推；三個等級的問項中，回答「有很大幫助」者得 3 分，回答「有點幫助」者得 2 分，回答「沒有什麼太大幫助」者得 1 分，以此類推。最後將這七個問項相加總得到一個家庭社會資本分數，分數越高表示家庭關係越和諧、感情越融洽或緊張、衝突越少，即家庭社會資本越高。這七個問題分別敘述如下：

- (一) 當你需要和人談你的問題或你的心事時，你覺得你的家人、親戚或朋友，願不願意聽你講？是很願意、願意、普通、不太願意、還是很不願意？
- (二) 你覺得你的家人、親戚或朋友，是不是關心你？是很關心、關心、普通、不太關心，還是很不關心？
- (三) 一般來說，你的家人或親友對你的關心（指精神或心理）程度，你覺得滿不滿意？是很滿意、滿意、普通、不太滿意、還是很不滿意？
- (四) 當你生病需要人家照顧時，你是不是可以依靠你的家人或親友？是很可以依靠、可依靠、有點可依靠、不太能依靠、還是完全不可依靠？
- (五) 一般來說，你自己覺得你對家人或親友的關心或幫助大不大？是有很大的幫助、有點幫助、還是沒有什麼太大幫助？
- (六) 你的家人在決定或商量事情的時候，他們是不是會問你的意見？是大部分都有問、有時候問、不太常問、一點也不問還是其他？
- (七) 你覺得你的家人或親友對你做的事，會不會常常嫌東嫌西？是完全不會、偶爾會、還是常常會？

二、同住家人數

同住家人數包括配偶以及子女，根據問卷 A2A、A6、B4A 的問項，詢問受訪者與配偶、子女居住情況，特別說明的是，A2A 與 A6 的問項雖然是問同樣的問題，但是兩者的區分是，A2A 是詢問結婚（或同居）已經四年以上的受訪者，而 A6 則是詢問結婚（或同居）未滿四年的受訪者，兩者的問題都是：「你先生/太太是否經常有與你住在一起？」，兩個問項的答案項目有兩個，「有」、「沒有」，有居住則得 1 分，沒有則 0 分。另外，B4A 的問題為：「請問在你現有的這些子女中，與你經常同住在這戶內的有幾人？」，答案則是受訪者回答的實際與其同住的子女數字，因此，將此數字與前述兩個問項分數加總後獲得同住家人數。

三、不同住子女居住遠近

根據問卷 B12 的問項，詢問受訪者不同住的子女居住地區，問題為：「他/她現在住在什麼地方？」，答案項目有「隔壁或同棟樓」、「同鄰」、「同一或鄰近市/鄉/鎮」、「台灣其他地方」、「大陸」、「外國」，以居住地區越近則分數越高的原則建構「不同住子女居住遠近」指標，因此，回答「隔壁或同棟樓」者得 4 分，回答「同鄰」者得 3 分，回答「同一或鄰近市/鄉/鎮」者得 2 分，回答「台灣其他地方」者得 1 分，回答「大陸」、「外國」者得 0 分。將各個子女居住遠近分數相加總，分數越高則居住距離越近，但是因為每個人子女數不一樣多，因此可能有子女少但住很近，跟子女多但住較遠的分數會一樣。但是考慮到子女多寡也是個人支持來源多寡的因素之一，因此並不需要將兩者分開討論。

肆、社會資本

一、社會參與

使用問卷 F4 大題，詢問老人「目前是不是這些社團的會員，或你是否曾參加這一類的活動？」來瞭解老人社會參與的情形。共列了八項團體活動，包括「社區交誼團體」、「宗教團體」、「農會、漁會會其他工商行業團體的公會或獅子會」、「政治性團體」、「社會服務性社團」、「同鄉會、宗親會」、「老人團體」、「老人學習活動」。逐項詢問有無參加該項活動，或是加入這類的社團作會員？回答「沒有」者，跳下一項團體活動，回答「有」者，續問在這社團裡是不是有擔任什麼職務？回答「有參加活動」得 1 分，回答「沒有參加活動」得 0 分；另外，有擔任職務者得 2 分，沒有擔任職務者得 1 分，為了呈現受訪者社會參與的程度，因此將「是否參加活動」的問項乘以「是否擔任職務」問項後，這八項社團活動類別的答案項目則分成三個層級：沒有參加活動的人得 0 分，有參加活動，但是沒有擔任職務的人的 1 分；有參加活動且有擔任職務的人得 2 分，最後將八項社團活動分數相加總得到社會參與分數，分數範圍介在 0~16 分之間，分數越高則社

會參與越高，社會資本也越高。

二、社會信任

使用問卷中的C43 大題，詢問老人「在過去這一星期裡，你是不是有這些情形或感覺？」，雖然這大題中列出了 10 個有關心情抑鬱的感覺，但本文指選擇其中三種感覺作為社會信任的操作化問題，三個感覺分別是「覺得很寂寞(孤單、沒伴)」、「覺得身邊的人不要和你好(不友善)」、「覺得很傷心⁵」，答案項目分四個等級：「沒有」、「很少(只有一天)」、「有時後會(二至三天)」、「經常或一直(四天以上)」，而建構社會信任指標時，回答「沒有」者得 3 分，回答「很少」者得 2 分，回答「有時候會」者得 1 分，回答「經常或一直」者得 0 分，最後把三個問項分數相加總後獲得社會信任分數，分數越高社會信任越高。

⁵個人若缺乏“可靠”的同盟時則會使人覺得容易受傷、覺得較脆弱，所謂可靠的同盟則是指一種持續的、能夠讓人信賴的互動關係 (Blieszner & Hilkevitch 著，林歐貴英等譯 2007：128)，因此以容易覺得傷心來指涉社會信任。

第四章 研究結果

本文主要是利用次級資料來進行統計分析，目的在於瞭解老人的社會人口變項、家庭結構與其社會資本如何影響老人的健康狀況與醫療使用情形。首先檢視樣本的基本特性，以及老人家庭結構、社會資本的分佈情形，在利用交叉分析檢驗老人的社會人口特性對老人健康、醫療使用的關係，最後利用多元迴歸分析檢測老人社會人口特性、家庭結構、社會資本對其健康狀況與醫療使用的影響。

第一節 樣本特性

一、性別

在 2864 位有效樣本中，男性比女性多一些，男性 1487 位，佔 51.9%；女性 1377 位，佔 48.1%。

二、年齡

年齡方面，有半數以上的老人年紀在 75~84 歲之間，佔 51.4%，65~74 歲之間的老人次多，佔 39.4%，而 85 歲以上的老人最少，只有 9.3%，而平均年齡為 75.83 歲。

三、教育程度

老人的教育程度為小學者最多，佔 44.6%，其次為不識字者，佔 33.4%，教育程度在國中以上者僅佔 21.9%，顯示老人的教育程度有近八成都是在小學以下，而平均每個老人接受教育的年數為 4.47 年。

四、婚姻狀況

在有效樣本數 2853 位老人當中，有配偶的比例較無配偶高，有配偶的老人有 1651 位，佔 57.6%，無配偶的老人共 1202 位，佔 42%。

五、經濟狀況

經濟狀況則是以老人與其配偶兩人所共有的實際年收入為測量指標，在有效樣本 2157 位老人當中，年收入 12 萬元以下的老人最多，共 878 位，佔 30.7%，而年收入在 12~30 萬之間的老人次多，共 775 位，佔 27.1%，年收入 30 萬以上的老人最少，共 504 位，佔 17.6%，平均年收入為 232,301.99 元。

六、居住城鄉別

有效樣本 2858 位老人中，有 1163 位老人居住於都市，佔 40.6%，另有 1695 位老人居住於鄉村，佔 59.2%。

表 2：社會人口變項描述統計摘要表

統計量 自變項	個數 與百分比	平均值	標準差	最大值	最小值	偏態係數
<u>性別</u>	2864					-0.077
男	1487(51.9)					
女	1377(48.1)					
<u>年齡</u>	2864	75.83	6.641	103	65	0.344
65--74	1128(39.4)					
75--84	1471(51.4)					
85 以上	265(9.3)					
<u>教育程度</u>	2864	4.47 (年數)	4.558	17(年數)	0 (年數)	0.712
不識字	958(33.4)					
小學	1278(44.6)					
國中以上	628(21.9)					
<u>婚姻狀況</u>	2853					-0.319
有偶	1651(57.6)					
無偶	1202(42)					
<u>經濟狀況</u>	2157	232,301.99	292,095.526	7200,000	0	8.354
12 萬元以下	878(30.7)					
12~30 萬元	775(27.1)					
30 萬元以上	504(17.6)					
<u>居住城鄉</u>	2858					0.379
都市	1163(40.6)					
鄉村	1695(59.2)					

註 1：年齡、教育程度、經濟狀況的平均數、標準差、最大最小值以及偏態係數是以受訪者回答的實際數字進行描述性分析，也就是以受訪者的實際年齡、教育年數、夫妻年收入進行統計分析。

由描述統計看出樣本的特性，男性比女性略多，年齡多集中在 75-84 歲之間，教育程度以小學為多，超過半數的老人有配偶，老人夫妻年收入 12 萬以下約佔 1/3，且居住於鄉村的老人較多，詳見表 2。

第二節 老人的家庭結構、社會資本以及健康與醫療使用情形

除了基本的人口變項之外，其他變項的基本資料如表 3 所示。試圖用描述性分析瞭解老人的家庭結構、社會資本以及健康和醫療支出的情形。

根據表 3 可以發現，老人的家庭社會資本方面，最大值 31 分，最小值 8 分，平均 24.75 分，以總分 35 分來看，表示大部分老人與家庭成員間的相互關心程度不錯⁶。但是若以實際與老人居住的配偶和子女人數方面，平均有 1.3 位家人與老人居住在一起，表示多數老人與配偶或一位子女居住一起，而不同住的子女居住遠近平均 8.38 分，若以最大值 21 分為總分，則多數老人不同住的子女與老人居住的距離卻不是很近，表示提供老人照顧支持的家庭成員還是以配偶或一位子女為主。而社會資本方面，每位老人平均社會參與分數為 0.7 分，以總分 16 分來看，則老人平均社會參與分數相當低，顯示老人參與社團的程度及參與量很低。可能的原因是老人因退休後社會角色逐漸減少，加上因老化產生的身體健康退化的情形，容易被社會或被自己隔離，也因此老人的社會參與程度較低（傅嘉瑜 2006）；而社會信任平均 8.21 分，最大值 9 分，最小值 0 分，顯示社會信任程度仍算高。

在老人活動功能方面，較多數的老人屬重度失能，共有 1014 位，佔 35.4%，其次是輕度失能，有 659 位，佔 23%，而獨立自主的老人則 643 位，佔 22.5%，平均活動功能分數為 19.59 分，以總分 27 分來看，老人的身體健康狀況還算不錯。另外，醫療支出方面，健保每月平均支付老人 4,324.9 元的醫療費用，其中

⁶ 將家庭社會資本分成五個等級，0.2 分以下為很不好、0.2~0.4 分為不好、0.4~0.6 分為普通、0.6~0.8 分為不錯、0.8 分以上為很不錯，由 $24.75/35=0.7$ ，落於 0.6~0.8 之間，因此表示大部分老人與家庭成員關係不錯。

每月平均健保支付 2,000 元以下的最多，有 1449 位，佔 50.6%，每月平均健保支出 2,000~10,000 元的有 1060 位老人，佔 37%，而花費健保每月支出 10,000 元以上的老人有 329 位，佔 11.5%。

表 3：家庭結構、社會資本、健康與醫療使用描述統計摘要表

統計量 依變項	個數 與百分比	平均值	標準差	最大值	最小值	偏態係數
家庭社會資本	2503	24.75	4.348	31	8	-0.792
家人同住人數	2863	1.3	0.903	6	0	0.793
子女居住遠近	2827	8.38	4.854	21	0	0.096
社會參與	2864	0.7	1.15	11	0	2.792
社會信任	2583	8.21	1.676	9	0	-2.524
醫療支出	2827	4324.9	6437.72174	74,063	0	3.666
低度支出	1449(50.6)					
中度支出	1060(37)					
高度支出	329(11.5)					
活動功能		19.59	7.814	27	0	-0.984
獨立自主	643(22.5)					
輕度失能	659(23.0)					
中度失能	539(18.8)					
重度失能	1014(35.4)					

註 1：表 3 醫療支出與活動功能的平均數、標準差、最大、最小值以及偏態係數則是以連續變項的操作型定義進行統計分析。

綜合表 3 的研究結果，老人與家人間的關係與互動是不錯的，不過居住型態方面配偶或子女與老人居住的人數偏少，且不同住的子女也不住在老人住家附近，顯示台灣老人的照顧型態仍是以配偶或一位子女為主，通常是兒子，不過本文並不針對居住一起的子女做性別的分析；社會資本方面，雖然老人的社會信任較高，但是社會參與的程度很低。老人健康狀況方面是不錯的，醫療支出方面有達半數左右的老人集中在每個月 2,000 元以下。

第三節 社會人口變項與老人健康、醫療使用的關係

由文獻檢討可知，老人的社會人口變項會對老人的健康與醫療使用產生影響，因此本章節則利用交叉分析來檢視兩者的關係。

一、老人的人口特徵與醫療支出的關係

在表 4 中我們可以發現，只有居住城鄉別與經濟狀況對老人的醫療支出達到顯著水準的關係，且居住城鄉別的影響力比經濟狀況還大，居住都市的老人其醫療支出較居住鄉村的老人低；而老人的經濟狀況雖與醫療支出達顯著相關，但是確切的關係仍需進一步分析。因此，後續將加入家庭結構與社會資本一同考量社會人口特質對老人醫療使用的關係。其他變項如性別、年齡、教育程度、婚姻狀況皆與老人的醫療使用支出沒有顯著相關。

表 4：老人醫療支出與人口變項交叉分析摘要表

醫療支出 人口變項	樣本數（百分比）			
	低度醫療支出	中度醫療支出	高度醫療支出	總和
性別				
男	782 (53.0)	526 (35.7)	167 (11.3)	1475 (100.0)
女	667 (48.9)	534 (39.2)	162 (11.9)	1363 (100.0)
年齡				
65--74	592 (52.7)	412 (36.7)	119 (10.6)	1123 (100.0)
75--84	725 (49.8)	560 (38.5)	170 (11.7)	1455 (100.0)
85 以上	132 (50.8)	88 (33.8)	40 (15.4)	260 (100.0)
教育程度				
不識字	463 (49.0)	357 (37.8)	125 (13.2)	945 (100.0)
小學	650 (51.3)	473 (37.3)	144 (11.4)	1267 (100.0)
國中以上	336 (53.7)	230 (36.7)	60 (9.6)	626 (100.0)
婚姻狀況				
有偶	856 (52.1)	589 (35.9)	197 (12.0)	1642 (100.0)
無偶	587 (49.5)	467 (39.4)	131 (11.1)	1185 (100.0)
經濟狀況*				
12 萬元以下	407 (47.1)	356 (41.2)	102 (11.8)	865 (100.0)
12~30 萬元	389 (50.6)	278 (36.2)	102 (13.3)	769 (100.0)

30 萬元以上	267 (53.2)	194 (38.6)	41 (8.2)	502 (100.0)
<u>居住城鄉**</u>				
都市	619 (53.6)	428 (37.1)	108 (9.4)	1155 (100.0)
鄉村	828 (49.4)	630 (37.6)	219 (13.1)	1677 (100.0)

顯著水準：* $P \leq 0.05$ ；** $P \leq 0.01$ ；*** $P \leq 0.001$

二、老人的人口特徵與功能活動的關係

由表 5 可以發現，性別、年齡、教育程度、婚姻狀況與經濟狀況皆對老人健康有顯著相關。男性比女性的活動功能更佳，男性獨立自主的比率較女性來得高；年紀越大則身體失能情況越嚴重，重度失能的比率越高；教育程度較高的老人身體功能獨立自主的比例較高；有偶配的老人比無配偶的老人有較佳的活動功能狀況，獨立自主的比例較高；經濟狀況越佳的老人則獨立自主的比例越高。而居住城鄉差異則對老人身體功能狀況沒有顯著相關。

表 5：老人活動功能與人口變項交叉分析摘要表

活動功能 人口變項	樣本數 (百分比%)				
	獨立自主	輕度失能	中度失能	重度失能	總和
<u>性別***</u>					
男	459 (30.9)	399 (26.9)	253 (17.0)	373 (25.1)	1484 (100.0)
女	184 (13.4)	260 (19.0)	286 (20.9)	641 (46.8)	1371 (100.0)
<u>年齡***</u>					
65--74	389 (34.6)	295 (26.2)	191 (17.0)	250 (22.2)	1125 (100.0)
75--84	243 (16.6)	335 (22.9)	300 (20.5)	587 (40.1)	1465 (100.0)
85 以上	11 (4.2)	29 (10.9)	48 (18.1)	177 (66.8)	265 (100.0)
<u>教育程度***</u>					
不識字	123 (12.9)	181 (19.0)	183 (19.2)	467 (49.0)	954 (100.0)
小學	300 (23.5)	311 (24.4)	252 (19.8)	412 (32.3)	1275 (100.0)
國中以上	220 (35.1)	167 (26.7)	104 (16.6)	135 (21.6)	626 (100.0)
<u>婚姻狀況***</u>					
有偶	469 (28.5)	417 (25.3)	303 (18.4)	457 (27.8)	1646 (100.0)
無偶	172 (14.4)	241 (20.1)	234 (19.5)	551 (46.0)	1198 (100.0)
<u>經濟狀況***</u>					
12 萬元以下	132 (15.1)	170 (19.5)	162 (18.6)	409 (46.8)	873 (100.0)
12~30 萬元	187 (24.2)	189 (24.5)	148 (19.2)	248 (32.1)	772 (100.0)

30 萬元以上	154 (30.6)	126 (25.0)	94 (18.7)	129 (25.6)	503 (100.0)
<u>居住城鄉</u>					
都市	253 (21.8)	284 (24.5)	219 (18.9)	405 (34.9)	1161 (100.0)
鄉村	389 (23.0)	373 (22.1)	319 (18.9)	607 (36.0)	1688 (100.0)

顯著水準：* $P \leq 0.05$ ；** $P \leq 0.01$ ；*** $P \leq 0.001$

由交叉表可以發現，男性、年紀較輕、教育程度較高、有配偶、經濟狀況較佳的老人有較好的身體活動功能狀況，而居住於鄉村還是居住於都市，則對健康狀況的影響沒有顯著差異；然而，居住在都市的老人，則有較低的醫療使用支出；而性別、年齡、教育程度以及婚姻狀況則對老人醫療支出沒有顯著影響，而經濟狀況與醫療使用支出的關係則需要進一步討論，因此後續的分析將控制家庭結構與社會資本後，探討經濟狀況與醫療使用的關係。雖然交叉分析提供我們瞭解老人社會人口特質對其健康與醫療資源使用的輪廓，但是根據文獻我們知道還有許多因素會影響個人的健康狀況與醫療使用，例如家庭結構與社會資本。因此，有必要將家庭結構與社會資本加入一起討論。

第四節 人口特質、家庭結構、社會資本對健康、醫療使用的複迴歸分析

本章節將分為兩個部份討論，首先，檢視老人的人口特質、家庭結構與社會資本對其健康與醫療使用的影響；再者，控制老人的身體健康狀況後，試圖檢視老人的人口特質、家庭結構與社會資本是否對其醫療使用產生預測力？

一、醫療支出

從表 6 來觀察，在醫療利用支出方面，社會信任是最具有影響力的因素，而且社會信任越高則醫療利用支出越少，表示老人若越信任身邊的人就會有較低的醫療支出。另外，若老人居住於鄉村則會有較高的醫療利用支出，居住於都市比居住在鄉村的老人有更低的醫療利用支出；經濟狀況則對老人的醫療支出沒有顯著相關。整體模型配適度 $R^2=.025$ ，不過整體模型對老人的醫療支出的預測力仍達顯著水準 $P \leq .001$ 。而社會參與方面則與醫療支出沒有相關，表示老人參與社團活動並不能影響醫療使用的支出。而且家庭結構的各項指標皆對醫療支出沒有顯著相關。由於模型的解釋力過低，因此根據文獻發現健康狀況則是醫療使用的主要因素，因此將考量健康狀況後，檢視家庭結構與社會資本的對老人醫療支出的關係。

若同時考量社會人口變項、家庭結構、社會資本以及健康狀況對老人醫療支出的影響情形（如表 7），結果發現年齡、活動功能與社會信任都對醫療支出有顯著預測力，且年齡越大、活動功能越佳、社會信任程度越高的老人，其醫療支出越低，且活動功能則是影響老人醫療支出最大的因素，符合預期，整體模型配適度提昇到 $R^2=.104$ ，表示健康仍是老人醫療使用的最主要因素，與相關研究結果相互呼應。與表 6 相對照之下，雖然老人年紀越大則健康狀況越差，但是在控制健康狀況後，而老人年紀越大則醫療支出越少。可能的解釋是年紀較大的老人比年紀較輕的老人較重視生活保健與健康行為（王雲東 2005；許志成等 2003），所以即使兩者擁有相同的身體活動功能，但是年紀較大的老人比較容易

有養生觀念或健康檢查等行爲，因此對整體的醫療利用支出而言則花費的醫療資源較少。

比對表 6 與表 7 後發現，無論控制健康狀況與否，社會信任對老人醫療支出都達顯著水準，表示雖然老人即使因爲老化而身體功能狀況逐漸退化，但是若擁有較高社會信任的老人則會有較低的醫療使用支出；且控制健康狀況後，社會信任的影響力有稍微減弱的現象，表示健康狀況是社會信任影響老人醫療使用支出的部份中介變項，也就是說當老人社會信任越高，則健康狀況就越佳，進而使得老人有較低的醫療使用支出。

家庭結構的各項指標皆對老人的醫療使用沒有顯著影響，家庭社會資本能促進健康，卻不影響老人的醫療使用，而老人的健康狀況才是影響醫療使用的重要因素。另外，雖然配偶與子女是提供老人照顧的主要家庭成員，且老人若能從家庭成員中獲得較多的支持，則可減少其醫療使用情形（毛政賢 2005）；然而，本文的研究結果指出，與老人同住的配偶和子女人數卻不影響其醫療支出，表示同住在一起的家人並不代表就一定能夠獲得支持。

二、老人的身體活動功能

在活動功能狀況方面，有多項指標都達成顯著水準，分別是性別、年齡、居住城鄉別、家庭社會資本、社會參與、社會信任等指標都達到 $P \leq .001$ 的顯著水準，而教育程度對老人健康的顯著水準則達 $P \leq .05$ 。其中以社會信任對活動功能有最大的影響力，且整體的模型配適度 $R^2 = .251$ 。從表 6 中可發覺，老人若屬男性、年紀越輕、教育程度較高、居住於都市、家庭社會資本越高、社會參與越多元且社會信任越高，則身體活動功能狀況越佳。而經濟狀況、有無配偶、與家人同住和子女居住遠近並不對老人的活動功能狀況產生影響。

在老人人口特徵方面，研究結果顯示居住在鄉村的老人有較差的健康狀況，可能的原因是鄉村日漸困頓的經濟環境皆使得鄉村老人擁有較多的憂鬱和其他心理問題，所以鄉村老人整體上的健康狀況比都市老人差。Blieszner and

Hilkevitch 著，林歐貴英等譯 2007：219-220)。而教育程度越高，則越有機會取得正確健康訊息，因此教育程度較高的老人擁有較佳的健康狀況。

家庭結構方面，只有家庭社會資本與老人健康狀況呈現顯著正相關，表示老人與家庭成員互動關係越好，則有助於維持自身的健康狀況，也容易獲得情緒上、工具性的支持，因此能促進老人健康，符合假設。而同住的家人數與不同住子女居住遠近並不對老人健康產生影響，因為主要促進老人健康因素仍是老人是否能在家庭中獲得關心與支持，居住型態並非重要的考量因素，也就是說即使同住的子女與配偶人數較少、不同住子女居住地區較遠，但是在通訊科技與交通發達的現代社會，距離並不影響子女對老人所提供的支持與關心。

社會資本方面，控制老人的人口特徵後，社會參與、社會信任都是明顯影響老人健康狀況的重要因素。當老人有較高的社會參與程度、較高的社會信任時，則老人的健康狀況較佳。根據研究結果可以發現，社會資本對老人健康有顯著預測力，即社會資本越高則老人健康狀況越佳，符合假設。

表 6：老人健康與醫療使用支出多元迴歸分析摘要表

自變項 \ 依變項	醫療使用支出的迴歸係數	活動功能狀況的迴歸係數
<u>性別</u>		
男性	-564.072	2.891***
女性	--	--
<u>年齡</u>	7.802	-.331***
<u>教育程度</u>	11.384	.075*
<u>經濟狀況</u>	-.001	.0000004651
<u>婚姻狀況</u>		
有配偶	610.596	-.417
無配偶	--	--
<u>城鄉別</u>		
都市	-612.042*	1.075***
鄉村	--	--
<u>家庭結構</u>		
家庭社會資本	1.172	.118***
家人同住人數	-11.270	-.357
子女居住遠近	32.042	.010
<u>社會資本</u>		
社會參與	-145.313	.463***
社會信任	-456.541***	.751***
<u>F 檢定</u>	4.291	55.613
<u>顯著性</u>	.000	.000
<u>R 平方</u>	.025	.251

顯著水準：* $P \leq 0.05$ ；** $P \leq 0.01$ ；*** $P \leq 0.001$

迴歸係數：未標準化 B 之估計值

表 7：控制老人健康狀況後其醫療使用支出複迴歸分析摘要表

自變項 \ 依變項	醫療使用支出的迴歸係數
<u>性別</u>	
男性	294.230
女性	--
<u>年齡</u>	-87.738***
<u>教育程度</u>	32.525
<u>經濟狀況</u>	.000
<u>婚姻狀況</u>	
有配偶	489.428
無配偶	--
<u>城鄉別</u>	
都市	-301.032
鄉村	--
<u>家庭結構</u>	
家庭社會資本	35.556
家人同住人數	-118.420
子女居住遠近	35.368
<u>社會資本</u>	
社會參與	-13.139
社會信任	-238.247**
<u>活動功能</u>	-292.741***
F 檢定	17.602
顯著性	.000
R 平方	.104

顯著水準：* $P \leq 0.05$ ；** $P \leq 0.01$ ；*** $P \leq 0.001$

迴歸係數：未標準化 B 之估計值

第五章 結論與建議

國內的老人醫療使用研究多偏向公共衛生，在社會學方面則是以民眾的求醫行為來討論。例如張苙雲的複向求醫理論揭露人們在利用醫療資源時的心態（張苙雲 1998），為醫療資源利用這部份貢獻良多。然而，卻少有在老人的生活脈絡以及社會結構探討其醫療使用情形的研究，本文的研究正好補足了這個部份。老人的生活周遭包括老人個人的人口特徵、家庭結構與關係、朋友網絡與互動，都是影響老人所接收到訊息以及所能夠獲得支持的管道。

承上所述，本文利用老人的社會人口特性、家庭結構、社會資本預測其健康與醫療使用情形。同時討論老人的健康狀況與醫療使用的關係。本文的目的主要在減緩政府的醫療供給負擔，因此以全民健保中 65 歲以上的被保險人平均給付為權數，加權老人的醫療使用情形，建構政府供給老人的醫療支出指標，綜合討論結果如下所示。

第一節 結論

本文分析台灣老人的社會資本與家庭結構對其健康與醫療使用的影響。結果發現，在控制老人人口特徵後，家庭結構除了家庭社會資本能促進老人健康狀況之外，家庭結構不是影響老人健康與醫療使用的重要因素。然而，社會資本能夠促進老人健康，而社會信任更能夠進一步影響老人醫療資源的使用，即擁有社會信任越高的老人，則容易獲得情感上的支持，身體健康容易處於較佳的情況，也減少老人醫療資源的支出。且健康狀況也能減緩老人的醫療資源使用。

國內針對老人醫療使用的研究，通常都是以社會支持來預測老人的健康與醫療使用（盧淑敏 2003；陳峰英 2003；石泐 2004；郭建賜等 2007 周玉慧、莊義利 2000；毛政賢 2005），或是經常以健康狀況來預測老人的醫療使用情形（陳肇男 1992；曾曉琦 1996；秦毛漁等 2003；王雲東 2005），而這樣的討論通常以老人被動的獲得支持為主要角度，而忽略老人也是主動參與社會的角色；以健

康來預測老人的醫療使用又過於缺乏社會結構面向的影響力。老人也是社會的一份子，雖然身體功能退化而參與程度不如成年人活躍，老人生命歷程中所累積的社會資本也能在生命的晚年發揮促進健康的功能，且擁有社會信任的老人更能夠降低全民健保支出的比例。

第二節 討論與建議

在社會資本測量上，雖然國外的文獻幾乎都是用集體的、地區性的社會資本來測量與健康的關係，然而本文以個人層次的社會網絡來預測健康狀況，仍獲得相當高的預測力。從 Bourdieu 和 Putnam 對社會資本的定義來看，社會資本與社會網路的區別並不明顯，後來的學者將兩者區分成不同的層次，社會資本屬於社會層次，社會網絡屬於個人層次，或者可以說社會網絡是獲得社會資本的工具、管道之一。雖然社會資本是集體的概念，但是在許多實證研究上卻發現，無論是以集體的或個人的層次測量的社會資本都能夠獲得相當一致的結果。以下將針對本文的研究結果與發現，針對本文的相關研究作一對話與反思，並提出建議。

根據研究結果，我們發現老人的社會資本能促進老人健康。而鄭惠玲、江東亮（2002）則同樣以橫斷性次級資料分析來檢視台灣成人社會資本與自覺健康狀況的關係，使用的社會資本指標為社會參與和社會信任兩個面向，同時兩者也都獲得顯著的預測力，顯示社會資本越高的成人越容易自覺身體健康。而本文則以台灣 65 歲以上的老人為研究對象，且以老人的身體活動功能為健康的指標，也同樣證實了社會資本對健康狀況的影響力。然而，鄭惠玲、江東亮（2002）的研究顯示，台灣成人當中社會信任普遍缺乏，高達七成的民眾不信任他人，且四成民眾覺得鄰居不可信任，但是有七成以上的民眾有參與一項以上的社團活動；比較本文對老人社會資本的研究結果，老人的社會信任程度普遍較高，但是社會參與則較低。這樣的差異可能顯示了社會變遷的影響。過去的農業社會生活比較單純，與鄰居或朋友的互動關係較緊密，因而使得生命歷程中經過農業社會的老人而言，社會信任程度比較高；而經過快速的工業化及都市化的社會變遷，資源

的競爭與生活的壓力之下，使得人際間的社會聯繫普遍較鬆動，生活在都市化社會下的人們對鄰居或陌生人則存有較多的不信任感，也因此會比老人世代有較低的社會信任程度。

而醫療使用情形方面，社會信任能夠降低老人的醫療使用支出。Mohseni 在 2007 年利用瑞典的資料分析，以對健康照顧體系的信任感為社會資本，強調這種定義下的社會資本越高則對醫療體系的信任感越高，越會使用醫療機構以確保自身的健康。雖然 Mohseni 也有考慮到人際間的信任，然而他則是將人際間的信任感當成控制變項，顯然表示他認為人際信任會影響醫療使用，只是並無討論兩者的關係。而本文研究結果則是呼應了 Mohseni 的想法，人際間的信任程度的確與醫療使用相關，而且對人際間的信任感越高，則會有較低的醫療支出與較佳的身體健康。

然而，社會參與方面雖然不直接與醫療支出有關，但是卻也能對老人健康產生正面影響，與 Kawachi 等人的研究結果類似。若以 Yip 的論點來分析，他認為社會參與不一定能夠促進健康，除非以社會服務為目的的社會參與活動才能促進健康。再者，以問卷測量的工具來看，老人參與的社會活動，包括社區交誼團體、宗教團體、社會服務性社團等幾乎都符合以社會服務為目的的條件，因此，本文的研究結果仍呼應 Yip 的觀點。

然而本文卻發現，家庭結構對老人醫療使用的影響力並不大，這與一般人的認知與直覺不同。廖繼鉉（1997）研究老人醫療利用時則認為，同住人數會促使老人利用正式的醫療服務，原因是老人看病時可以有人陪伴，而本文的研究結果顯然反駁這樣的觀點；老人的家庭結構並不會影響其健康狀況與醫療支出，而是老人與家人的互動關係比較重要，因為老人若與家庭成員互動關係緊密、互動頻繁且感情親密，對老人的情緒支持有很大的幫助，而能夠直接促進老人身體健康，進而減少醫療支出。而家庭結構並不直接對老人的醫療使用產生影響，因此張其鈺（2002）認為家庭結構能夠減少老人的醫療使用可能過於樂觀。

另外，毛政賢（2005）的研究也發現，家庭中獲得越多支持的老人，可減少老人利用正式醫療服務的機會。然而，本文的研究結果卻指出，與老人同住的配偶與子女人數卻不影響其健康與醫療支出，表示同住在一起的家人並不代表就一定能夠獲得支持。張苙雲（2003）就曾指出，家人不只是社會支持的來源，也可能是生病的誘發因子。因此，家庭結構雖然和老人的生活方式習習相關，但是主要還是應該把老人是否能獲得家人的支持當成是關注的焦點。

最後，在本文對政策的建議方面。老人的社會參與程度較一般民眾來得低。一般來說，老人退休後社會角色漸漸減少，且身體健康狀況也開始因老化而退化，使他們容易被社會或被自己隔離，也因此老人的社會參與程度較低（傅嘉瑜 2006）。鑑於社會參與對老人健康有正向的作用，我們應該鼓勵老人參與社會活動，走入社區、走入人群，參與有益健康的活動，除了促進身體健康之外，也能夠肯定自我、提昇自信心，增進生活品質；而對於身體功能受限的老人也可鼓勵從事屬於較靜態的休閒活動，例如看電視、手工藝、下棋或與朋友聊天等，培養老人參與社會的能力，也可促進社會信任與健康。

由於社會信任能夠透過健康狀況影響老人醫療支出。因此本文建議政府單位未來在制定老人健康促進的相關政策時，可鼓勵家庭成員平時多關心、陪伴老人，培養良好的互動關係；並持續推動社區總體營造的工作，期待老人能夠藉由社區的活動參與社會，培養良好的人際關係、促進社會信任，更進一步能夠促進健康與減少健保的醫療資源使用。

本文建議未來的研究可以有別於個人層次的分析單位—社會的、集體的社會資本指標來指涉社會資本，例如研究某社區的社會資本是否影響社區中整體居民的健康狀況，或比較兩個社會資本不同的社區，是否其居民健康狀況也會不同。同時，也可以嘗試以質性的方式研究兩者的關係，應該會有更深一層的發現。

第六章 研究限制

由於本研究的分析資料為二手調查資料，指標的選擇受到調查問卷的限制，因此僅能選擇與研究架構較為相近的概念指標進行分析，但是也因為此資料是來自國民健康局針對全國老人所做的抽樣調查，因此也增加了分析廣度。

除此之外在社會資本指標當中，社會信任的問項也不夠完整，僅以覺得身邊的人友善與否、是否覺得孤單以及是否容易傷心並不能夠完全表達社會信任的涵義，未來的研究方向可針對研究對象提出測量社會信任較完整的問題，包括「一般來說，你覺得大部分的人都是可以信任的？」、「你覺得大部分的人都想佔你便宜，假如有機會的話？」，或是以消費時使用前付費來測量社會信任；另外互惠規範方面，也可以詢問「你是否覺得大部分的人都是樂於助人的？還是他們通常只顧自己？」，這些問題在未來問卷設計上，也許可以加入討論，對相關的研究必定有所幫助。

最後，由於本文採用橫斷面研究，有關社會資本對身體健康狀況的因果推論必須特別小心。可能因為信任別人或參與社會活動而促進老人心理及生理上的健康狀況；但是也有可能是因為心理或身體比較健康而容易相信別人或參與社會活動。

參考文獻

(一) 中文部份

王香蘋(2003)台灣老人罹病、活動功能、及健康自評的分析：1989 年-1996 年。台灣社會福利學刊 3:77-106。

王雲東(2005)台灣地區社區老人醫療服務使用率影響因素之研究—一個健康資本模型應用的初探。社區發展季刊 110:216-229。

王列、賴海榕譯，Putnam 著(2001)使民主運轉起來。南昌：江西人民。

毛政賢(2005)社區老人社會支持與醫療利用之相關性研究—以苗栗縣為例。台中：亞洲大學健康管理研究所碩士論文。

石泱(2004)獨居老人社會支持、健康狀況與孤寂感對生活滿意影響之研究。輔仁學誌：法管理學院之部 39:43-66。

江哲超(2003)老人資本、自評健康與醫療使用行為相關性之研究。嘉義：南華大學社會學研究所碩士論文。

吳淑瓊、林惠生(1999)臺灣功能障礙老人家庭照護者的全國概況剖析。中華公共衛生雜誌 18(1):44-53。

呂寶靜(2000)老人朋友網絡支持功能之初探。社會政策與社會工作學刊 4(2):43-90。

汪惠芬、吳素綿(2004)新竹市北區高血壓、高血糖及高血脂的中老年人求醫行為初探。元培學報 11:1~12

吳老德(2003)高齡社會—理論與策略。台北：新文京開發。

林南(2005)社會資本。台北：弘智。

林松齡(1993)老人社會支持來源與老人社會需求。見王國羽編，社會安全問題之

- 探討，頁 265-289。嘉義：中正大學社會福利學研究所。
- 林歐貴英、林雅婷、黃月美、丁周平、楊佩真、戴禹心、李榮生、錢啓方譯，
Blieszner and Hilkevitch 著(2007)老年與家庭—理論與研究。台北：五南。
- 周玉慧、莊義利(2000) 晚年生活壓力、社會支持與老人身心健康之變遷：長期
資料分析。人文及社會科學集刊 12(2)：281-317。
- 周海娟(2005)老人福利政策與社會資本建構。社區發展季刊 110:205-215。
- 柯德鑫、黃明和、粘秋桂、許秀夫(1998)彰化地區老人的慢性病罹患狀況與醫療
服務需求。公共衛生 25(1):23-31。
- 唐憶淨、李孟智、王玉濤、吳麗芬、黃孝鏘、卓良珍、周崇頌(1999)老年人自覺
健康狀態及其影響因素。中華家醫誌 9(1):31-41。
- 許志成、徐祥明、徐碩淳、石曜堂、戴東原(2003)台灣地區老年人健康行為之影
響因素分析。台灣衛誌 22(6):441-452。
- 郭建賜、吳燕玲、藍素利、鄭淑真、林宜君(2007)嘉義縣運用送餐服務提昇獨居
老人社會支持之探討。社區發展季刊 120:265-282。
- 秦毛漁、邱啓潤、蕭正光、盧德發(2003)社區獨居老人自覺健康狀況及醫療服務
使用相關性之探討。慈濟護理雜誌 2(2):66-74。
- 張荳雲(1998)『逛醫師』的邏輯：求醫歷程的分析。台灣社會學刊 21：59-87
— (2003)醫療與社會—醫療社會學的探索。台北：巨流。
- 張其鈺(2002)社會資本與家庭結構對健康及醫療資源利用之影響—台灣地區老
人之實証研究。桃園：中央大學產業經濟研究所碩士論文。
- 張君如、李敏惠、蔡桂城(2008)休閒參與對銀髮族社會支持、自覺健康狀況、生
活效能之影響—以台中市長青學苑老人為例。長榮運動休閒學刊 2:152-161。
- 陳肇男(1992)台灣地區老人健康狀況與就醫行為。人口轉型中的家庭與家戶變遷

研討會論文集。

陳肇男、林惠玲(1996)全民健康保險對老人醫療需求之影響推估。楊文山、李美玲主編，人口變遷、國民健康與社會安全，頁 63-88。台北：中央研究院中山人文社會科學研究所專書(37)。

莊榮霖(2002)全民健保對老人財務負擔及醫療需求的影響—以雲嘉南地區為例。醫務管理期刊 3(2):72-82。

曾曉琦(1996)健康狀況變化對老人醫療服務利用的影響。台北：國立台灣大學公共衛生研究所碩士論文。

傅嘉瑜(2006)高齡者社團參與類型、參與程度與生活滿意度關係之研究。台北：政治大學社會學研究所碩士論文。

鄭惠鈴、江東亮(2002)台灣的社會資本與自評健康。台灣衛誌 21(4):289-295。

蔡必焜(2004)社會資本、休閒參與與健康關係之研究。台北：台灣大學農業推廣學研究所博士論文。

劉慧俐、楊明仁、張漢弘(2007)社會資本與地區剝奪對老人存活狀況的影響。2007年台灣社會福利學會研討會論文。台北：台灣社會福利學會。

盧淑敏(2003)探討社會支持對獨居老人健康狀況、壓力感受及心理社會健康功能之影響。台北：國立台北護理學院碩士論文。

謝聖哲、鄭文輝(2005)影響臺灣功能障礙老人照顧之因素：1989年至1999年。臺灣社會福利學刊 4(2):179-219。

廖繼鉉(1997)我國中老年醫療使用及對全民健保醫療費用影響之探討。嘉義：中正大學社會福利學研究所碩士論文。

(二) 英文部份

- Andersen, R. M.(1995) Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior* 36(1):1-10.
- Bolin, Kristian, Bjorn Lindgren, Martin Lindstrom and Paul Nystedt (2003) Investments in social capital—implications of social interactions for the production of health. *Social Science and Medicine* 56:2379-2390.
- Bourdieu, P.(1986) *The forms of capital*. In J. Richardson, Handbook of theory and research for the sociology of education .New York: Macmillan.
- Béatrice, d'Hombres, Lorenzo Rocco, Marc Suhrcke, Martin McKee (2007) *Does social capital determine health? Evidence from eight transition countries*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Carpiano, Richard M. (2006) Toward a neighborhood resource-based theory of social capital for health: Can Bourdieu and sociology help? *Social Science & Medicine* 62:165-175.
- Coleman, James S. (1988) Social Capital in the Creation of Human Capital *American Journal of Sociology* 94:95-120.
- Folland, Sherman(2007) Does community social capital contribute to population health? *Social Science and Medicine* 64:2342-2354.
- Kawachi, Ichiro, Bruce P. Kennedy, Kimberly Lochner, and Deborah Prothrow-Stith (1997) Social capital, income inequality, and mortality *American Journal of Public Health* 87(9):1491-1498.
- Kawachi, Ichiro, Bruce P. Kennedy, and Roberta Glass (1999) Social capital and self-rated health: a contextual analysis *American Journal of Public Health*

89(8):1187-1193.

Kawachi, Ichiro, and Lisa Berkman (2000) Social cohesion, social capital, and health. Pp.174-190 in *Social Epidemiology*, edited by Lisa Berkman. New York: Oxford University Press.

Mohseni, Mohabbat and Martin Lindstrom (2007) Social capital, trust in the health-care system and self-rated health: The role of access to health care in a population-based study *Social Science and Medicine* 64:1373-1383.

Pratt, Lois V. (1976) *Family Structure and Effective Health Behavior-The Energized Family*. Boston: Houghton Mifflin.

Poortinga, Wouter (2006a) Do health behaviors mediate the association between social capital and health? *Preventive Medicine* 43:488-493.

— (2006b) Social capital: An individual or collective resource for health? *Social Science and Medicine* 62:292-302.

Rose, Richard (2000) How much does social capital add to individual health? A survey study of Russians *Social Science and Medicine* 51:1421-1435.

Seeman, Teresa E. (2000) Health Promoting Effects of Friends and Family on Health Outcomes in Older Adults. *American Journal of Health Promotion* 14(6):362-370.

Sirven, Nicolas (2006) Endogenous social capital and self-rated health : Cross-sectional data from rural areas of Madagascar *Social Science and Medicine* 63:1489—1502.

Sundquist, Kristina and Min Yang (2007) Linking social capital and self-rated health: A multilevel analysis of 11,175 men and women in Sweden *Health & Place* 13:324-334.

Wolinsky, F. J. and Johnson R. J. (1991) The use of health services by older adults

Journals of Gerontology 46(6):S345-57.

Yip, Winnie, S. V. Subramanian, Andrew D. Mitchell, Dominic T. S. Lee, Jian Wang and Ichiro Kawachi (2007) Does social capital enhance health and well-being? Evidence from rural China *Social Science and Medicine* 64:35-49.

(三) 其他

中央健康保險局，2005，2003 全民健康保險統計動向。

http://www.nhi.gov.tw/webdata/AttachFiles/Attach_2567_1_s2003.pdf，取用日期：2008年11月8日。

行政院衛生署，2008，衛生統計系列(四)--92年度全民健康保險醫療統計年報。

http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2.aspx?now_fod_list_no=10033&class_no=440&level_no=2，取用日期：2008年11月8日。

行政院衛生署，2008，衛生統計系列(四)--94年度全民健康保險醫療統計年報。

http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2.aspx?now_fod_list_no=10046&class_no=440&level_no=2，取用日期：2008年8月24日。

行政院經建會，2008，中華民國臺灣 97 年至 145 年人口推計報告

<http://www.cepd.gov.tw/m1.aspx?sNo=0000455&key=&ex=+&ic>，取用日期：2008年12月23日

附錄一：研究變項與問卷題目之對照表

變項	問卷題目
社會人口	個案之性別： <input type="checkbox"/> 1 男 <input type="checkbox"/> 2 女（由訪員填寫）
變項	<p>根據我們的戶口資料，你是在民國____年____月____日出生的，請問你實際上是不是這一天出生的？<input type="checkbox"/>0 不是 <input type="checkbox"/>1 是</p> <p>若不是，那麼事實上是什麼時候出生的呢？（以國歷為準）民國____年____月____日</p>
	<p>你的最高學歷（你接受最高的學校教育）是什麼？【請紀錄教育程度代號：____】</p> <p>未受正規教育：不識字 00、識字 90</p> <p>小學年級：一、二、三、四、五、六 01、02、03、04、05、06</p> <p>初中（職）：一、二、三 07、08、09</p> <p>高中（職）：一、二、三 10、12、13</p> <p>大學（二三專）：一、二、三、四 13、14、15、16</p> <p>研究所：17+</p> <p>不清楚：99</p> <p>空中大學肄業：91</p> <p>空中行專肄業：92</p>
	<p>請問您目前是不是已經結婚，而且還有先生／太太來互相照顧？【若無】為什麼沒有呢？是因為您「從未曾結婚」過，還是您先生／太太不幸「已經去世」（過身）、還是「離婚」了，還是你們已經「正式分居」？【加問】那您目前有沒有「同居的老伴」來互相照顧？</p> <p>有偶：<input type="checkbox"/>1. 已經結婚，且先生／太太也還在 <input type="checkbox"/>2. 有同居的老伴</p> <p>無偶：<input type="checkbox"/>3. 喪偶，未再婚 <input type="checkbox"/>4. 離婚，未再婚 <input type="checkbox"/>5. （正式）分居 <input type="checkbox"/>6. 從未曾結婚</p>
	<p>你和你先生／太太過去一年不同來源的收入加在一起，總共約有____元？</p>
	<p>個案的居住地區是：<input type="checkbox"/>1 都市、城市 <input type="checkbox"/>2 鎮、鄉的街上</p>

	別	<input type="checkbox"/> 3 鄉村、農村（由訪員填寫）
家庭結構	家庭社會資本	<p>D10：當你需要和人談你的問題或你的心事時，你覺得你的家人、親戚或朋友，願不願意聽你講？ <input type="checkbox"/> 1 很願意 <input type="checkbox"/>2 願意 <input type="checkbox"/>3 普通 <input type="checkbox"/>4 不太願意 <input type="checkbox"/> 5 很不願意</p> <p>D11：你覺得你的家人、親戚或朋友，是不是關心你？ <input type="checkbox"/> 1 很關心 <input type="checkbox"/>2 關心 <input type="checkbox"/>3 普通 <input type="checkbox"/>4 不太關心 <input type="checkbox"/> 5 很不關心</p> <p>D12：一般來說，你的家人或親友對你的關心（只精神或心理）程度，你覺得滿不滿意？ <input type="checkbox"/> 1 很滿意 <input type="checkbox"/>2 滿意 <input type="checkbox"/>3 普通 <input type="checkbox"/>4 不太滿意 <input type="checkbox"/> 5 很不滿意</p> <p>D13：當你生病需要人家照顧時，你是不是可以依靠你的家人或親友？ <input type="checkbox"/> 1 很可以依靠 <input type="checkbox"/>2 可依靠 <input type="checkbox"/>3 有點可依靠 <input type="checkbox"/>4 不太能依靠 <input type="checkbox"/> 5 完全不可依靠</p> <p>D15：一般來說，你自己覺得你對家人或親友的關心或幫助大不大？ <input type="checkbox"/> 1 有很大的幫助 <input type="checkbox"/>2 有點幫助 <input type="checkbox"/>3 沒有什麼太大幫助</p> <p>D16：你的家人在決定或商量事情的時候，他們是不是會問你意見？ <input type="checkbox"/> 1 大部分都有問 <input type="checkbox"/>2 有時候問 <input type="checkbox"/>3 不太常問 <input type="checkbox"/>4 一點也不問 <input type="checkbox"/> 5 其他反應（註明）</p> <p>D17：你覺得你的家人或親友對你做的事，會不會常常嫌東嫌西？ <input type="checkbox"/> 1 完全不會 <input type="checkbox"/>2 偶爾會 <input type="checkbox"/>3 常常會</p> <p>（請訪員利用其他家人不在場時再問以上的問題）</p>
	同住家人數	<p>A2a、A6：你先生/太太是否經常有與你住在一起？<input type="checkbox"/>0 沒有 <input type="checkbox"/>1 有</p> <p>B4A：請問在你現有的這些子女中，與你經常同住在這戶內的有幾人？_____</p>
	不同住子女居住遠近	<p>B12：他/她現在住在什麼地方？ <input type="checkbox"/>1 隔壁或同棟樓 <input type="checkbox"/>2 同鄰 <input type="checkbox"/>3 同一或鄰近市/鄉/鎮 <input type="checkbox"/>4 台灣其他地方 <input type="checkbox"/>5 大陸 <input type="checkbox"/>6 外國</p>
社會資本	社會參與	F4：下面我會提到一些社團或是活動，請你告訴我，你目前是不是這些社團的會員，或你是否曾參加這一類的活動？

	<p>F41：你有沒有參加社區交誼團體，如婦女會、才藝班等的活動，或是加入這類的社團做會員？<input type="checkbox"/>0 沒有<input type="checkbox"/>1 有；(回答有者續問 F4a1)</p> <p>F4a1：你在這團體裡是不是有擔任什麼職務（負責某些事情）？<input type="checkbox"/>0 沒有 <input type="checkbox"/>1 有</p> <p>F42：你有沒有參加宗教團體，如教會、團契、寺廟會團等活動，或是加入這類的社團做會員？<input type="checkbox"/>0 沒有<input type="checkbox"/>1 有；(回答有者續問 F4a2)</p> <p>F4a2：你在這團體裡是不是有擔任什麼職務（負責某些事情）？<input type="checkbox"/>0 沒有 <input type="checkbox"/>1 有</p> <p>F43：你有沒有參加農會、漁會或其他工商行業團體的公會、獅子會等的活動，或是加入這類的社團做會員？<input type="checkbox"/>0 沒有<input type="checkbox"/>1 有；(回答有者續問 F4a3)</p> <p>F4a3：你在這團體裡是不是有擔任什麼職務（負責某些事情）？<input type="checkbox"/>0 沒有 <input type="checkbox"/>1 有</p> <p>F44：你有沒有參加政治性團體（如政黨等）的活動，或是加入這類的社團做會員？<input type="checkbox"/>0 沒有<input type="checkbox"/>1 有；(回答有者續問 F4a4)</p> <p>F4a4：你在這團體裡是不是有擔任什麼職務（負責某些事情）？<input type="checkbox"/>0 沒有 <input type="checkbox"/>1 有</p> <p>F45：你有沒有參加社會服務性社團，如生命線、救濟會、功德會、義工等的活動，或是加入這類的社團做會員？<input type="checkbox"/>0 沒有<input type="checkbox"/>1 有；(回答有者續問 F4a5)</p> <p>F4a5：你在這團體裡是不是有擔任什麼職務（負責某些事情）？<input type="checkbox"/>0 沒有 <input type="checkbox"/>1 有</p> <p>F46：你有沒有參加同鄉會、宗親會等的活動，或是加入這類的社團做會員？<input type="checkbox"/>0 沒有<input type="checkbox"/>1 有；(回答有者續問 F4a6)</p> <p>F4a6：你在這團體裡是不是有擔任什麼職務（負責某些事情）？<input type="checkbox"/>0 沒有 <input type="checkbox"/>1 有</p> <p>F47：你有沒有參加老人團體，如老人會、長青俱樂部等的活動，或是加入這類的社團做會員？<input type="checkbox"/>0 沒有<input type="checkbox"/>1 有；(回答有者續問 F4a7)</p> <p>F4a7：你在這團體裡是不是有擔任什麼職務（負責某些事情）？<input type="checkbox"/>0 沒有 <input type="checkbox"/>1 有</p>
--	--

		<p>F48：你有沒有參加老人學習活動，如老人補習班、老人大學或學苑等的活動，或是加入這類的社團做會員？ <input type="checkbox"/>0 沒有<input type="checkbox"/>1 有；(回答有者續問 F4a8)</p> <p>F4a8：你在這團體裡是不是有擔任什麼職務(負責某些事情)？<input type="checkbox"/>0 沒有 <input type="checkbox"/>1 有</p>
	社會信任	<p>C43：每個人都會有心情變化的時候。在過去這一個星期裡，你是不是曾有下面的情形或感覺？【若有，續問】你是很少有這種情形，或是有時候有，或者經常一直有這種情形？(你是這禮拜有四天以上都是如此，或是二至三天如此，或大約只有一天有這樣？)</p> <p>C435：在過去一星期裡，你是不是覺得很寂寞？ <input type="checkbox"/>0 沒有<input type="checkbox"/>1 很少(只有一天)<input type="checkbox"/>2 有時候會(二至三天) <input type="checkbox"/>3 經常或一直(四天以上)</p> <p>C436：在過去一星期裡，你是不是覺得身邊的人不要和你好(不友善)？ <input type="checkbox"/>0 沒有<input type="checkbox"/>1 很少(只有一天)<input type="checkbox"/>2 有時候會(二至三天) <input type="checkbox"/>3 經常或一直(四天以上)</p> <p>C437：在過去一星期裡，你是不是覺得很傷心？ <input type="checkbox"/>0 沒有<input type="checkbox"/>1 很少(只有一天)<input type="checkbox"/>2 有時候會(二至三天) <input type="checkbox"/>3 經常或一直(四天以上)</p>
健康狀況	身體活動功能	<p>C23：在沒有人幫助，也沒有工具輔助下，你一個人單獨做下面這些動作，會不會有困難？【若有困難】是有些困難、很困難、或完全做不到？</p> <p>C231：在沒有人幫助，也沒有工具輔助下，你一個人單獨連續站立約 15 分鐘，會不會有困難？ <input type="checkbox"/>0 沒困難<input type="checkbox"/>1 有些困難 <input type="checkbox"/>2 很困難 <input type="checkbox"/>3 完全做不到</p> <p>C232：在沒有人幫助，也沒有工具輔助下，你一個人單獨連續站立二小時，會不會有困難？ <input type="checkbox"/>0 沒困難<input type="checkbox"/>1 有些困難 <input type="checkbox"/>2 很困難 <input type="checkbox"/>3 完全做不到</p> <p>C233：在沒有人幫助，也沒有工具輔助下，你一個人單獨屈蹲，會不會有困難？ <input type="checkbox"/>0 沒困難<input type="checkbox"/>1 有些困難 <input type="checkbox"/>2 很困難 <input type="checkbox"/>3 完全做不到</p> <p>C234：在沒有人幫助，也沒有工具輔助下，你一個人單獨將雙手舉高至頭上，會不會有困難？ <input type="checkbox"/>0 沒困難<input type="checkbox"/>1 有些困難 <input type="checkbox"/>2 很困難 <input type="checkbox"/>3 完全做不到</p> <p>C235：在沒有人幫助，也沒有工具輔助下，你一個人單</p>

		<p>獨用手指拿或扭轉東西，會不會有困難？ <input type="checkbox"/>0 沒困難 <input type="checkbox"/>1 有些困難 <input type="checkbox"/>2 很困難 <input type="checkbox"/>3 完全做不到</p> <p>C236：在沒有人幫助，也沒有工具輔助下，你一個人單獨拿起或攜帶 20 台斤的東西（如 2 斗米），會不會有困難？ <input type="checkbox"/>0 沒困難 <input type="checkbox"/>1 有些困難 <input type="checkbox"/>2 很困難 <input type="checkbox"/>3 完全做不到</p> <p>C237：在沒有人幫助，也沒有工具輔助下，你一個人單獨短距離跑步，會不會有困難？ <input type="checkbox"/>0 沒困難 <input type="checkbox"/>1 有些困難 <input type="checkbox"/>2 很困難 <input type="checkbox"/>3 完全做不到</p> <p>C238：在沒有人幫助，也沒有工具輔助下，你一個人單獨走完 200-300 公尺，會不會有困難？ <input type="checkbox"/>0 沒困難 <input type="checkbox"/>1 有些困難 <input type="checkbox"/>2 很困難 <input type="checkbox"/>3 完全做不到</p> <p>C239：在沒有人幫助，也沒有工具輔助下，你一個人單獨走到 2 樓或 3 樓，會不會有困難？ <input type="checkbox"/>0 沒困難 <input type="checkbox"/>1 有些困難 <input type="checkbox"/>2 很困難 <input type="checkbox"/>3 完全做不到</p>
醫療使用	過去一個月醫療使用支出	<p>C12A：過去一年裡，你住院幾次？【僅追問過去一年有曾經住院的受訪者】</p> <p>C13A：過去一年裡，你到醫院看過急診幾次？【僅追問過去一年有曾經到醫院看過急診的受訪者】</p> <p>C14C：過去一個月裡，你去看過西醫門診幾次？【僅追問過去一個月裡曾看過西醫門診的受訪者】</p> <p>C15C：過去一個月裡，你去看過中醫門診幾次？【僅追問過去一個月裡曾看過中醫門診的受訪者】</p> <p>C17C：過去一個月裡，你去看過牙醫幾次？【僅追問過去一個月裡曾看過牙醫的受訪者】</p>